

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud



Tesis Doctoral

**Análisis de las personas mayores de la
provincia de Málaga.
Tipos de actividad en relación con la
Autoeficacia y Bienestar.**

Abel Toledano González

Málaga 2016

Directoras: María Teresa Labajos Manzanares

Dulce Nombre de María Romero Ayuso


UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Abel Toledano González

 <http://orcid.org/0000-0002-2496-0597>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer
obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de
Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA**Facultad de Ciencias de la Salud**

D.^a María Teresa Labajos Manzanares, Doctora en Medicina y Cirugía y Catedrática de Psiquiatría y Fisioterapia de la Universidad de Málaga, y D.^a Dulce Nombre de María Romero Ayuso, Profesora Contratada Doctora de la Universidad de Castilla La Mancha en la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería.

CERTIFICAN

Que el trabajo de investigación presentado como Tesis Doctoral por D. Abel Toledano González, titulado **“ANÁLISIS DE LAS PERSONAS MAYORES DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA. TIPOS DE ACTIVIDAD EN RELACIÓN CON LA AUTOEFICACIA Y BIENESTAR”**, ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne las condiciones apropiadas en cuanto al contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes expiden y firman el presente certificado en Málaga a uno de diciembre de dos mil quince.

Fdo.:

Dra. D.^a M.^a Teresa Labajos Manzanares

Fdo.:

Dra. D.^a Dulce Romero Ayuso

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.



Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

Dedicada a mis abuelos, Isabel y Francisco,
que no pudieron ver terminado este trabajo
y a los que tanto echo de menos, os quiero.

Agradecimientos

A la Dra. M^a Teresa Labajos, por la dirección de esta tesis e impulsarme a continuar y finalizar este trabajo con sus palabras de ánimo, al que he dedicado tanto tiempo y esfuerzo.

A la Dra. Dulce Romero, por enseñarme a ser lo que soy, Terapeuta Ocupacional, su incomparable ayuda durante tantas horas compartiendo conocimientos y la confianza que depositó en mí para ver cumplido este sueño.

A mi madre y mi hermano, por ayudarme a ser mejor profesional y escucharme cuando necesitaba apoyo y guía.

A Liss, que durante tantas horas me ha acompañado siempre fiel a mi lado.

A todas las personas que ayudaron y colaboraron de forma desinteresada en mi trabajo.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	17
II. MARCO TEÓRICO	21
CAPITULO 1. GERONTOLOGÍA, GERIATRÍA Y PERSONAS MAYORES 21	
1.1 Envejecimiento.....	23
CAPÍTULO 2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	31
2.1 Teorías biológicas.....	31
2.2 Teorías psicológicas	40
2.3 Teorías sociológicas.....	47
CAPITULO 3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	55
3.1 La personalidad	55
3.2 Bienestar Psicológico	57
3.3 Autoeficacia General.....	59
3.4 El entorno e Independencia Personal	60
CAPITULO 4. TERAPIA OCUPACIONAL	69
4.1 Historia de la Terapia Ocupacional.....	69
4.2 Historia de la Terapia Ocupacional en España	79
4.3 El uso de la actividad como terapia.....	88
4.4 Terapia Ocupacional con personas mayores.....	99
4.5 Terapia Ocupacional y Bienestar psicológico	108
4.6 Bienestar Emocional	109

III. MARCO EMPÍRICO	117
CAPÍTULO 6. JUSTIFICACIÓN	117
CAPÍTULO 7. OBJETIVOS	121
CAPÍTULO 8. MATERIAL Y MÉTODO	123
8.1 Población muestra.....	123
8.2 Procedimiento de muestreo	123
8.3 Características de la muestra.....	124
8.4 Reclutamiento.....	129
8.5 Variables.....	131
8.6 Instrumentos.....	132
8.7 Diseño	135
8.8 Procedimiento	136
8.9 Intervención	140
8.10 Consideraciones éticas.....	144
8.11 Análisis Estadístico	144
CAPÍTULO 9: RESULTADOS	147
CAPÍTULO 10: DISCUSIÓN GENERAL.....	167
CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES	193
CAPÍTULO 10: LIMITACIONES DEL ESTUDIO	199
CAPÍTULO 13: PROSPECTIVA.....	203
IV. BIBLIOGRAFÍA	207
V. ANEXOS	227

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.



Índice de tablas

1. Teorías del Envejecimiento
2. Principales patologías en geriatría
3. Estudios relevantes sobre TAA y mayores
4. Reparto de muestra según tipo de intervención
5. Estadística reparto de muestra según tipo de actividad
6. Análisis descriptivo según edad
7. Estadística de muestra según edad y tipo de actividad
8. Análisis descriptivo según sexo
9. Estadística de muestra según sexo y tipo de actividad
10. Análisis descriptivo según nivel educativo
11. Comparativa PRE MEC de la muestra y tipo de actividad
12. Línea temporal de la investigación
13. Distribución de la muestra según grupos de trabajo
14. Distribución de actividades intervención grupal: 1, 2, 3, 4.
15. Distribución de actividades intervención individual: 1, 2, 3, 4.
16. Comparativa Pre-Post Bienestar Psicológico y Tipo de Tratamiento
17. Comparativa Pre-Post Autoeficacia General y Tipo de Tratamiento
18. Comparativa Pre-Post Independencia Personal y Tipo de Tratamiento
19. Comparativa Pre-Post Estado Cognitivo y Tipo de Tratamiento
20. Comparativa Pre-Post Estado de Ánimo y Tipo de Tratamiento

Índice de figuras

1. Elemento del Bienestar Psicológico
2. Modelo AOTA 2014
3. Interacción del Modelo DOiT
4. Interacción de la Participación Social y el Bienestar Emocional
5. Comparativa de la muestra según sexo y tipo de actividad
6. Comparativa de la muestra según nivel educativo y tipo de actividad
7. Diferencias Pre-Post Sub-escala Autoaceptación
8. Diferencias Pre-Post Sub-escala Relaciones Positivas
9. Diferencias Pre-Post Sub-escala Autonomía
10. Diferencias Pre-Post Sub-escala Dominio del Entorno
11. Diferencias Pre-Post Sub-escala Crecimiento Personal
12. Diferencias Pre-Post Sub-escala Propósito en la Vida
13. Diferencias Pre-Post EAG
14. Diferencias Pre-Post Barthel
15. Diferencias Pre-Post Lobo
16. Diferencias Pre-Post GDS



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

I. INTRODUCCIÓN

El uso de la actividad, es una de las herramientas a través de las cuales el terapeuta ocupacional se basa para conseguir el máximo grado de independencia y autonomía en el paciente, en la realización de las diferentes ocupaciones: actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales o avanzadas, actividades productivas (remuneradas o no), actividades formativas, de ocio, participación social y de descanso. Para ello y como medio, se usa la actividad intencionada o con propósito y significado para conseguir las metas que nos proponemos.

A lo largo de la historia, nos hemos encontrado con multitud de teorías de diferentes ámbitos (psicológicas, sociológicas, etc.) que tratan de explicar lo que le sucede al ser humano en la última etapa de su vida, la vejez, es por ello que este envejecimiento activo se sitúa como meta de toda persona que llega a la tercera edad en las mejores condiciones posibles para darle calidad a los últimos años de vida.

Otros aspectos que se encuentran relacionados con la actividad y que pueden influir enormemente en la independencia son las variables psicológicas de autoeficacia y bienestar, entre otras, ya que al sentirnos mejor nos ayudará o impulsará para continuar y luchar por conseguirlo. Todo ello junto a otras posibles influencias que rodean a la persona como es el entorno o la personalidad, pueden hacer de facilitadores o inhibidores de la actividad, por lo que debemos tenerlos en cuenta y controlarlo en la medida de lo posible.

Por todo ello, el presente estudio pretende investigar las diferencias existentes sobre el efecto de la terapia grupal versus la terapia individual en el bienestar psicológico, la autoeficacia y la realización de las actividades de la vida diaria, cuantificados a través de instrumentos validados y adaptados a la población española.

El trabajo se estructura en dos partes principales, una primera en la que describimos qué es la geriatría, la evolución en la persona durante el envejecimiento, la influencia de las teorías psicológicas, la conceptualización sobre la forma en la que envejecemos y los procesos que conlleva, los diferentes aspectos relacionados con la persona como son la personalidad, la autoeficacia general y la influencia del entorno a la hora de desarrollar la independencia personal.

A continuación, durante la primera parte del estudio se hace un repaso histórico de la evolución de la terapia ocupacional, la actividad como herramienta del terapeuta, las funciones propias del terapeuta en el ámbito de la geriatría y gerontología donde se desarrolla la investigación presente, todo ello desarrollado desde la perspectiva de la terapia ocupacional.

En la segunda parte en la que se compone la investigación se ha desarrollado la justificación del trabajo, los objetivos, instrumentos de medida, procedimiento, resultados, discusión, limitación del estudio, conclusiones, prospectiva, asimismo, se recogen los aspectos éticos del estudio, la aprobación del Comité Ético de la Universidad de Málaga y a los centros donde se llevaron a cabo.

Finalmente, en los anexos se recogen los documentos relativos a cuestionarios empleados en la investigación, el consentimiento informado y diversos documentos utilizados durante la investigación.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

II. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. GERONTOLOGÍA, GERIATRÍA Y PERSONAS MAYORES

Analizando etimológicamente la palabra gerontología destacamos dos conceptos, “*geron*”, refiriéndose a la población más notable o anciana, y “*logos*”, grupo de aquellas personas que conocen o estudian algo, por lo que englobándolo en la misma palabra nos lleva al estudio del conocimiento de las personas más mayores o ancianas (Calenti, 2010).

A su vez, debemos resaltar que existen dos términos comunes con respecto a la misma población, gerontología (ciencia que se encarga del estudio epistémico de las enfermedades que ocurren en la vejez) y geriatría (ciencia que se ocupa de las enfermedades de las personas mayores, centrándose en aspectos bilógicos de las enfermedades).

A pesar de existir ambas, no por ello funcionan de manera distinta, desarrollándose de forma conjunta tanto con la intervención y las investigaciones como junto con el mayor.

Siempre ha existido una cierta curiosidad e interés por el proceso de envejecimiento de las personas, por qué ocurre y cómo se desarrolla, buscando siempre la manera de alargar o aumentar ese número de años con el fin de obtener la vida eterna, luchando contra la muerte, el envejecimiento y las enfermedades secundarias.

Con el paso del tiempo, en las personas mayores van ocurriendo una serie de modificaciones de las funciones mentales en el ámbito cognitivo, en los sentidos y conductuales.

Capacidades tales como la memoria o capacidad de registro, y evocación de la información almacenada en sus tres tipos, sensorial, corto plazo y largo plazo, van perdiendo efectividad ya sea por falta de actividad mental o por pérdida de las funciones mentales, funciones ejecutivas, atención, memoria de trabajo, etc., (Willard & Spackman, 2005).

En todos los casos, se producen alteraciones en la capacidad somatosensorial, lo que puede condicionar un fallo en la capacidad de registro de los estímulos (Martínez, 2010).

Otro aspecto que se modifica con la edad es la personalidad, referido a la manera de comportarse el individuo, la cual suele permanecer estable durante toda la vida, aunque es una estructura dinámica, que se forma en edades tempranas.

Cada vez se le otorga mayor importancia a un envejecimiento satisfactorio. Éste, puede ser modificado por los sujetos dependiendo de cómo hayan analizado las diferentes experiencias vividas por la persona, evolucionando durante toda la vida excepto cuando vivimos situaciones impactantes que generen cambios drásticos en el usuario (Calenti, 2010).

El sueño es otro aspecto psicológico que se ve modificado con el envejecimiento. Conforme van pasando los años es menos profundo, interrumpido y más difícil de conciliar, provocando despertares a horas más tempranas (Op.Cit).

Desde la perspectiva sociológica el valor que tienen las personas mayores en el desarrollo de la sociedad es históricamente indudable, siempre se les ha considerado como un símbolo de sabiduría. Sin embargo en numerosas ocasiones el ser una persona mayor, ha generado un estado de sobreprotección, mostrando la perspectiva de fragilidad o de no poder llevar a cabo una vida con una gran independencia e interrumpiendo el sentimiento de poder realizar las actividades con normalidad (Feldberg & Stefani, 2007).

Por ello podemos indicar como objetivo general de una sociedad desarrollada, desde la perspectiva de las ciencias de la salud, lograr que la discapacidad no sea un impedimento para vivir con plenitud, (Lledó et al., 2013).

1.1 Envejecimiento

El envejecimiento, puede ser concebido como el proceso de cambios morfo-funcionales que se producen en el ser vivo, en relación al paso del tiempo. Este proceso puede ser contemplado desde dos perspectivas, desde los cambios fisiológicos o esperados por todos los individuos, independientemente de experiencias vitales, o por las referidas en cuanto a cambios patológicos, propias de cada individuo y relacionados con las alteraciones biológicas.

Desde la antigüedad, filósofos como Platón ya consideraba la vejez como una etapa más de la vida, desde una perspectiva positiva, Aristóteles la consideraba como una enfermedad natural e incurable, que conllevaba una disminución de la capacidad mental y física.

Es a partir del año 1939, cuando Cowdry trata los problemas que surgen en el envejecimiento, incluyendo aspectos psicológicos y sociales, considerándose el primer tratado de gerontología en la historia del estudio de esta disciplina.

Consecuentemente, tras la Segunda Guerra Mundial en Norteamérica comienzan a surgir la mayor parte de las asociaciones de gerontología que existen en la actualidad, destacando la *Gerontological Society* y la *Journal of Gerontology* (Cowdry, 1952).

Durante la segunda mitad del siglo XX, a través de las investigaciones, revistas científicas y congresos acerca de la geriatría y la gerontología tal y como la conocemos, vemos claramente que el objeto de estudio es tanto el proceso de envejecimiento, el estado de la vejez y las condiciones específicas de cada persona, bio (aspectos relativos a la edad y a sistemas biológicos del organismo), psico (cambio de las funciones psicológicas como atención, concentración, memoria, etc....) y social (relativo a roles sociales, estructura social, envejecimiento de la población) de ahí que se considere desde un abordaje multidisciplinar, buscando siempre como finalidad el mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.

El envejecimiento de la población, o lo que muchos llaman transición demográfica, es un término realmente nuevo dentro de nuestro vocabulario. Algo que hace unas décadas era impensable, ahora debido al desarrollo de las sociedades actuales se ha producido un cambio en la pirámide de población, debido en su mayor parte a la baja natalidad y a el aumento de la esperanza de vida (Calenti, 2010).

Adicionalmente, el envejecimiento puede ir acompañado del factor fragilidad bio-psico-social, provocando una respuesta menor a los cambios o modificaciones que surgen en el entorno o “homeostenosis”, concepto que alude al contrario de homeostasis (Arias, 2007).

Durante el proceso de envejecimiento se producen pérdidas de masa ósea (favoreciendo la osteoporosis), fracturas de huesos importantes como es la cadera, elevación de la presión arterial, predisponiendo a futuros problemas en cuando a cardiopatías isquémicas, etc....

A todo lo anterior, hay que añadir pérdidas a nivel psicológico y cambios sociales. En este tipo de población, se plantean tantos matices y variables que cualquier intervención o tratamiento en una persona adulta puede ser totalmente contrario al de una persona mayor, aumentándose conforme envejecemos más con el paso de los años.

Otro factor a tener en cuenta y del que cada vez es más común, es el de pluripatología, presentando varias dolencias y enfermedades simultáneas y en diferentes estadios (González & Vilchis, 2013).

Todo lo anterior nos muestra un camino hacia la identificación de una enfermedad en el anciano, la pérdida de funciones, disminuyendo su autonomía por la aparición de la dependencia, proceso lento y continuo que pueden ir limitando la calidad de vida. King y Guralnik (King & Guralnik, 2010) demostraron que cada enfermedad predisponía hacia un tipo diferente de pérdida de función, a un grupo concreto de enfermedades, afectando en el comienzo a las actividades más complejas hasta llegar finalmente a las más sencillas y básicas como es la alimentación.

Sin embargo, una persona mayor no siempre cumple un papel pasivo en la sociedad. En la actualidad, puede desempeñar un rol importante basado en los derechos, la participación y la vida en comunidad. Son muchos los aspectos que puede hacer variar el envejecimiento de cada sujeto. Sin ir más lejos, durante este proceso es protagonista de su propia evolución como persona y como miembro activo de la comunidad (Franco & Sánchez, 2008).

Por otro lado, se ha ido produciendo una evolución lenta en ciertos los aspectos en los que se centra la sociedad, otorgando una mayor importancia a la necesidad de recibir ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria y la falta de ocupación del tiempo libre. La vejez es una parte de la vida y la vida es sabiduría acumulada con el paso de los años. Esto hace que las personas mayores puedan enfrentarse a los problemas que puedan surgir desde otra perspectiva, considerando múltiples variables, dándole importancia a los pequeños detalles, en suma lo que se ha denominado pensamiento post-formal (Op.Cit.).

Las personas mayores pueden llegar a sobrestimar el alcance de las dolencias que tienen, llegando en ocasiones a asumirlas como consecuencias inevitables de la vejez, un claro ejemplo es que casi el 50 % de los ancianos piensan que la pérdida de audición o de visión es consecuencia normal de la vejez y no síntomas de una enfermedad, potencialmente incapacitantes y que son potencialmente tratables.

Dicha creencia se ve reforzada en muchos casos por los familiares, amigos, que se transmiten una visión devaluada y, por lo tanto, provocando como consecuencia de ese pensamiento social que la persona mayor no

vaya al médico y no se diagnostique a tiempo dicha enfermedad en una fase precoz para tratarla de un modo correcto.

La funcionalidad, viéndola desde otra perspectiva tiene un claro valor terapéutico, Katz defendía que a través de la captación de la función podemos mejorar la calidad de vida del mayor y reducir el grado de enfermedad o discapacidad que pueda ocasionarle (Katz, 1996). Una intervención eficaz sobre la función y uso adaptativo de las competencias de cada sujeto, puede provocar un descenso en los índices de dependencia o incapacidad, por lo que de forma secundaria la morbimortalidad disminuiría.

El envejecimiento debe ser estudiado desde una perspectiva multidisciplinar, en la que cada disciplina conserva sus métodos y suposiciones implicando a todos los profesionales a adoptar una colaboración con objetivos comunes. Así se demuestra que el estudio de forma científica dentro del proceso de envejecimiento, exige la fusión de ciencias biológicas, psicológicas y sociales. Es cierto que, existen autores que defienden distinciones entre multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, debido a que se añade mayor comprensión de los distintos saberes al objeto de estudio principal en la gerontología. Sin embargo, hay otros defienden la interdisciplinariedad en gerontología (Cos, 2007) (Alemán & Yera, 2011).

La gerontología, se desarrolla principalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, es relativamente joven y por lo tanto el estudio en este campo aún tiene mucho por lo que avanzar e investigar. El factor indispensable para que podamos comenzar a hablar de este fenómeno, es el

incremento de la edad en la población, aumentando exponencialmente y de una manera muy rápida la esperanza de vida de todas las personas, llegándose a doblar durante el siglo XX.

La disminución de la mortalidad desde el número de enfermedades y los fármacos para combatirlas y una reducción del índice de natalidad debido al tipo de sociedad en el que actualmente vivimos, nos ha llevado a la situación actual. Es dentro del factor de aumento del número de años, donde la gerontología social entra en acción, dándonos una mayor calidad de vida a los años y no más años a la vida (Bermejo, 2010).

En el capítulo siguiente, se explica de forma desarrollada los diferentes tipos de teorías biológicas, psicológicas y sociológicas más importantes a cerca del envejecimiento y porque se produce.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.



CAPÍTULO 2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las teorías del envejecimiento nacen, para dar explicación a las formas de concebir el envejecimiento y la vejez tanto desde la biología, de la psicología y de la sociología, ya que se necesitan las tres para poder aplicarse y explicarse dichas teorías. El organismo sufre cambios a lo largo de la vida a distintos niveles y dichos cambios se deben a múltiples explicaciones de las disciplinas antes mencionadas.

Comenzaremos explicando cada teoría, incluyendo al final una tabla resumen con las características principales de cada una de ellas.

2.1 Teorías biológicas

Dentro de los diferentes teorías del envejecimiento existen distintos tipos, uno de las cuales son las teorías biológicas, centradas en el estudio de la unidad básica corporal de nuestro cuerpo humano, las células, las cuales están defendidas por los científicos interesados en el estudio y la comprensión de las causas y procesos entre la asociación de la edad avanzada con la aparición de las enfermedades, especialmente aquellas que son de tipo crónico (Arias, 2007).

Con respecto a los tipos de teorías biológicas centradas en el estudio de las personas, las principales que vamos a explicar a continuación de forma más extensa son las siguientes:

- La teoría del deterioro al azar, en la que los mecanismos encargados de la reparación celular no funcionan con la misma eficacia y se acumulan los errores.
- La teoría del envejecimiento programado, explica que nacemos con un temporizador que activa el deterioro corporal.
- La teoría genética, que defiende que todo el proceso de envejecimiento se produce de forma genética.
- La teoría de la acumulación de productos de desecho, explicando que todo se produce debido a que el cuerpo no es capaz de eliminar los productos de desecho del cuerpo.
- La teoría del desgaste natural el envejecimiento, en la que se defiende que el cuerpo se encuentra formado por partes irremplazables que se deterioran con el tiempo.

Estas teorías parte de la asunción de que las células son capaces de dividirse y el tejido conectivo es capaz de mantener sujetas esas células a través de colágeno y elastina. Los defensores de estas teorías suponen que los problemas del envejecimiento y posteriormente la muerte aparecen dentro de nuestras células (Miquel, 2006).

La arteriosclerosis, asociada al envejecimiento de forma secundaria a los cambios normales que se producen durante el proceso, puede suponer una amenaza potencial para la vida ya que supone una pérdida de elasticidad en las paredes de las arterias, constituyendo una causa

importante del envejecimiento debido que a la disminución de la permeabilidad de los tejidos y la rigidez de nuestros tejidos, se deteriora el paso de los materiales por el organismo, siendo incapaces las células de adquirir los suficientes nutrientes que necesitan.

Según Szilard en 1959 dentro de esta categoría de teorías podemos distinguir, la teoría del envejecimiento por deterioro al azar y la teoría del envejecimiento programado (Yin & Chen, 2005).

Las teorías del envejecimiento por deterioro al azar, defiende que los errores acumulados en la capacidad de nuestras células para producir proteínas vitales que forman la base de todas las reacciones y funciones celulares, es lo que constituye la principal causa del envejecimiento y la muerte. Es en las moléculas de ADN donde se producen las proteínas, pero en este proceso de construcción repetida de las mismas, estas moléculas de ADN desarrollan en ocasiones cambios en su estructura. Dichas mutaciones o cambios se producen de manera continua durante el curso de nuestra vida, por lo que estamos expuestos a continuas agresiones (Cambiaggi & Zuccolilli, 2011).

Aunque nuestras células tienen unos mecanismos encargados de la reparación de dichas mutaciones o cambios, a medida que nuestro cuerpo envejece, éstos se vuelven más frecuentes con el paso de la edad, dejando de funcionar con la misma eficacia y acumulándose errores.

Los deterioros del ADN que se pueden percibir a simple vista son aquellos que son físicos, producto también de dicha acumulación. A medida que aumentan, se producen mayor número de proteínas defectuosas

y por lo tanto, existe un número más elevado de células que funcionan mal y mueren, llegando el punto de que se pierden la cantidad suficiente de células o células importantes de nuestro organismo, lo que causa la muerte finalmente (Cambiaggi & Zuccolilli, 2011). Por lo tanto, el tiempo máximo de vida de un mamífero se vería determinado por la capacidad de control del deterioro de su ADN.

Según Comfort (Comfort, 1979), las teorías del envejecimiento programado defiende que cada especie tiene un tiempo de vida prefijado, nada más nacer existe un temporizador encargado de activarse en el momento en el que debemos comenzar a envejecer, produciéndose todos esos aspectos de forma ordenada y predecible a medida que el proceso se va completando (Yin & Chen, 2005).

Dicho “reloj” se encuentra ajustado para activarse en un momento determinado y cuya localización se sugiere que se encuentra en el ADN o situado en algún sistema responsable de muchas funciones corporales en un nivel superior como podría ser en el hipotálamo o en el sistema inmune. A pesar de que el hipotálamo es una estructura de tamaño reducido, tiene un gran control sobre el cuerpo humano, como responsable de la coordinación de las principales funciones corporales como la alimentación, conducta sexual, termorregulación, etc..., así como del crecimiento físico, desarrollo sexual y en la reproducción (Shankar, 2010).

Debido a todos aquellos órganos en los que el hipotálamo influye, hacen que sea un órgano esencial en la regulación de muchas manifestaciones corporales del envejecimiento, controlado por un reloj que fijaría nuestra muerte en un momento determinado en el tiempo.

En el supuesto de que se tratase del sistema inmune, éste se encuentra distribuido por todo nuestro cuerpo, cuya misión es la de protegerlo de todas aquellas sustancias externas como bacterias, virus, microorganismos, etc. Este sistema reacciona rápidamente tras ser determinadas las células que intentan entrar en nuestro cuerpo, produciendo células agresoras especializadas llamados anticuerpos para destruir las células invasoras. Adjunto al sistema inmune se encuentra el timo, glándula involucrada en esa respuesta inmune del cuerpo frente a dichas células externas, la cual va disminuyendo lentamente con el paso del tiempo, el cual según Roy Walford es identificado como claro reloj biológico funcionando como un marcapasos, que va dictando el debilitamiento del sistema inmune y cuyos alcances y efectos se manifiestan a largo plazo (Walford, 2006).

Siempre que el sistema inmune funcione con total normalidad, debería ser capaz de diferenciar entre aquellas células agresoras y las propias células. A medida que nuestro cuerpo va envejeciendo se va debilitando, por lo que el diferenciar entre estos dos tipos de células mencionadas anteriormente, es más difícil. Bajo esta perspectiva, esto es lo que explica porque comienzan las personas mayores a padecer un número mayor de enfermedades fruto de este deterioro. Sin embargo, en otros casos este deterioro puede producirse a causa de la falta de diferenciación entre las células, nuestro propio sistema inmune se vuelva contra nosotros mismos atacando a nuestro organismo, destruyendo tejidos, órganos, etc....

Enfermedades como la diabetes o la demencia pueden ser producidas por alguna enfermedad relacionada con la edad y con

deficiencias en el sistema inmune a consecuencia del envejecimiento de la persona.

Otra de las teorías importantes dentro del grupo de las biológicas es la teoría genética, en la que a pesar de que no se conocen bien los elementos que se encuentra involucrados, defiende claramente que el proceso genético marca un proceso importante dentro del envejecimiento (Acuna, Lopez, Escames, Lopez, Garcia & Reiter, 2011).

Existen dos síndromes prematuros de envejecimiento a los que hace alusión dicha teoría, la primera de ella es el Síndrome de Werner o Progeria y la segunda es la teoría de la acumulación de productos de desecho, en la que los niños mueren de enfermedades relacionadas con el envejecimiento con la existencia de una alteración genética autosómica hereditaria. Según indican varios estudios, estaría condicionado a la pérdida progresiva con la edad de material genético en los extremos de los cromosomas, los llamados telómeros (Yin & Chen, 2005). Esto indica que con cada división celular, el telómero se iría acortando, por lo que esa afectación de las nuevas células se iría aumentando con cada nueva división, dando como resultado un envejecimiento celular. Debido a ese acortamiento, se limitaría la capacidad de proliferación de las células y con ello el número de divisiones y condicionaría la duración de su vida.

Existe una correlación positiva entre la capacidad de reparación del ADN y la longevidad de las especie, todo ello a través de un enzima telomerasa, capaz de compensar la pérdida de ADN reconstruyéndolo a la vez que se destruye (Miquel & Fleming, 1984). Esta teoría abre un camino hacia la lucha contra los tratamientos en distintas patologías relacionadas con la vejez (Miquel, 2006).

Otra teoría es la de la acumulación de productos de desecho, que defiende un envejecimiento a causa de la acumulación de los productos de desecho del metabolismo celular, que al no tener la capacidad de ser solubles, no pueden ser eliminadas por lo que se acumulan en nuestras células.

En células de animales de una edad avanzada, se observa una acumulación de dichos productos de desecho en cantidades importantes. Sin embargo, esto no determina que sean una causa activa de dicho envejecimiento, mostrándose simplemente como posibles marcadores indirectos de la aparición del envejecimiento ya que son fruto de las reacciones de oxidación de las propias células del cuerpo.

Por último, dentro de las teorías biológicas encontramos la teoría del desgaste natural del envejecimiento, en la que se propone que cada parte de nuestro organismo está compuesto por partes irremplazables, y cuya acumulación de daño en las partes vitales supondría la muerte de células, tejidos, órganos, llegando incluso a la muerte del propio organismo. Introducida por el biólogo alemán August Weissman en 1882, defiende que las células se dañan por culpa de un sobreuso de las mismas, debido al uso continuo en el que se encuentra nuestro organismo (Jin, 2010).

Aunque en muchísimos casos modificar un proceso, ya sea de envejecimiento como en cualquier otro, no se encuentra aún en la actualidad en nuestras manos, si se puede investigar y conocer más acerca de éste y de cómo influye en el ser humano.

Uno de los estudios más relevantes basado en los exámenes y tratamientos médicos suministrados a personas adultas jóvenes y personas mayores es el estudio de Baltimore reflejado por Lehr en 2002 (Lehr, 2002). En él se refleja cómo se ha modificado la práctica médica en cuanto a que pautas del envejecimiento se llevan a cabo en diferentes exámenes realizados a pacientes de dicho rango de edad (Wachelke & Contarello, 2010). El objetivo del estudio era describir y establecer como el cuerpo humano va mostrando una serie de cambios y se adapta al paso de los años de forma fisiológica, mostrando como resultados una variabilidad en cuanto a envejecer de forma normal y a los patrones o formas de envejecer que explicaremos a continuación. El estudio de Baltimore mostraba como en algunas ocasiones personas con una edad de 60 años parecían tener 50 o 40 y otras con apenas 30 parecían tener 50. Estas diferencias externas se muestran en las pruebas fisiológicas que funciones como son la pulmonar, la prueba de agarre, y el metabolismo de la glucosa en sangre, variando enormemente entre los individuos de la misma edad.

Aunque de forma inevitable debamos generalizar en cuanto al proceso de envejecimiento, hay que tener en cuenta que en muchos casos esa norma no se cumple y el proceso es totalmente distinto al que se postula generalmente. Diferentes tejidos, forma de funcionar los órganos, fisiología de los sistemas, hacen que avance de manera muy diferente el envejecimiento no solo entre individuos de la misma especie sino también dentro de los propios individuos. En cuanto a los patrones de envejecimiento podemos ver que existen diferentes trayectorias:

- Un patrón previsto en la que determinadas funciones fisiológicas comienzan a declinar de forma regular y lineal con

el paso de los años, y otras permanecen sin modificarse hasta el final de la vida.

- Un segundo patrón, que se produce frecuentemente, se presenta tras una pérdida fisiológica siempre y cuando dicha enfermedad se encuentre relacionada con la edad, como la capacidad del corazón para bombear sangre, mostrándose de forma significativa en sus estudios signos subclínicos de cardiopatía.
- Un tercer y último patrón defiende que una serie de mecanismos incorporados en nuestro organismo se encargan de compensar el declive que sufrimos con el paso de los años en cuanto a las pérdidas, siendo el más significativo e importante el cerebral, por la pérdida continua de neuronas, a la que responde el cuerpo con mecanismos de compensación para ayudar a preservar tanto la memoria como el pensamiento.

Tenemos una gran capacidad no sólo para desarrollarnos y adaptarnos sino frente al envejecimiento y la forma de afrontarlo, mostrándonos muy resistentes a pesar de sufrir pérdidas físicas a distintos niveles.

A pesar de ello, debemos tener en cuenta de que el hecho dominante del envejecimiento tal y como lo conocemos es un declive importante a nivel fisiológico, las cuales afectan de manera importante en la forma de funcionar además de superar, como antes mencionábamos la capacidad corporal de contrarrestar ese declive que se produce con la edad, llegando al punto de que no somos capaces de frenarlo (Calenti, 2010).

Gracias a que en la mayor parte de los sistemas que engloban nuestro cuerpo existe lo que llamamos capacidad de reserva o potencial de reserva mostrándose cuando debemos hacer un esfuerzo superior a nuestros límites físicos (Johnson & Erner, 1972), se explica que las personas mayores se muestren más vulnerables cuando se exponen a situaciones estresantes (Arias, 2007).

En numerosos casos, esas enfermedades o declives se convierten en crónicas o en discapacidades cuyo nombre es deterioro funcional, definido como un índice de salud en las personas mayores, que se puede medir a través de diferentes escalas midiendo el funcionamiento en diferentes áreas de la vida diaria.

2.2 Teorías psicológicas

Otro tipo de teorías que encontramos dentro de las teorías del envejecimiento son las teorías psicológicas, englobadas dentro de un marco de edad entorno a los 65 años, en la que el individuo se enfrenta a una etapa más del desarrollo en la que los principales problemas que se le presentan, afectando de una manera importante a su estatus más que al propio envejecimiento.

Estas teorías simplemente nos permiten describir o predecir los cambios que se producen en el funcionamiento psicológico de las personas ya que no son teorías explicativas de la vejez o del envejecimiento, por ello las teorías que se van a explicar más detalladamente a continuación son las siguientes: 1) los ocho estadios de Erik Erikson y el desarrollo psicosocial e identidad personal; 2) la teoría del enfoque del ciclo vital y la influencia de

los eventos y roles que suponen un cambio en el autoconcepto de la persona; 3) la teoría de la actividad que defendía la actividad como base de un envejecimiento saludable; 4) la teoría de la continuidad exponiendo como la persona se adapta a situaciones externas negativas en el funcionamiento del individuo y 5) la teoría de la genética conductual explicando como la genética puede condicionar la conducta de la persona.

Partiendo desde algunos supuestos básicos que debemos establecer, lo que van surgiendo son cambios, ya sean en fase de crecimiento, estabilidad o declive en el funcionamiento psicológico como consecuencia del paso del tiempo.

A modo de comparación entre el funcionamiento biológico y psicológico, podemos ver como en desde un punto de vista biológico existe un patrón de desarrollo, estabilidad, madurez y final, mientras que en el funcionamiento psicológico hay aspectos en los que existe un incremento a lo largo de toda la vida, otros que tras un tiempo de desarrollo se mantienen constantes y otros con un patrón muy similar al biológico con una fase final de declive. No obstante, esta diferencia es muy compleja, siendo necesario señalar que no se pueden comparar simplemente lo biológico con lo psicológico ya que se rigen a partir de principios distintos, de ahí que existan distintos patrones con respecto a los aspectos anteriormente citados.

Por último debemos aclarar que esa parte final o de declive, se entiende como una disminución que experimenta una función psicológica en la mayor parte de los seres humanos a partir de una cierta edad, considerándose una desviación con respecto a la normalidad y que se puede apreciar en las patologías psicológicas (Muñoz, 2002).

Una de las principales tareas u objetivos que tienen las personas mayores es la de comprender y aceptar su nueva vida, la nueva situación en la que se encuentran, y utilizar su propia experiencia para hacer frente a los cambios que se le presentan.

Erik Erikson (Johannes & Schroots, 1996) explica a través de ocho de etapas como se produce el **desarrollo psicosocial en las personas y de su sentido de identidad personal**. Estas 8 etapas son las siguientes:

- 1) *Confianza frente a desconfianza*: en la que se desarrolla la capacidad de confiar en los demás basándose en la consistencia de sus cuidadores, se produce de 0 a 1 año.
- 2) *Autonomía frente a vergüenza y duda*: en la que los niños comienzan a afirmar su independencia, caminar lejos y hacer elecciones sobre lo que quieren usar, se produce de 1 a 3 años.
- 3) *Iniciativa frente a culpa*: comienzan a planear actividades, juegos e inician actividades con otras personas, se produce de 3 a 7 años.
- 4) *Superioridad frente a inferioridad*: inician proyectos, los continúan hasta finalizarlos y se sienten bien por haberlos alcanzado, se produce de 7 años a la pubertad.
- 5) *Identidad frente a confusión de papeles*: se exploran las posibilidades y comienzan a formar su propia identidad basándose en el resultado de sus exploraciones, se produce durante la adolescencia.

- 6) *Intimidad frente a aislamiento*: exploramos relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia, se produce durante la adultez temprana.
- 7) *Generatividad frente a estancamiento*: establecemos nuestras carreras, una relación, comenzamos nuestras propias familias y desarrollamos una sensación de ser parte de algo más amplio, se produce entre los 25 y los 60 años.
- 8) *Integridad del yo frente a desesperación*: contemplamos nuestros logros, y podemos desarrollar integridad si consideramos que hemos llevado una vida acertada, considerando si nuestras acciones pasadas productivas o improductivas, se produce de los 60 años en adelante.

Es en la última etapa de Erikson en la que se replantea todo el desarrollo que hemos tenido durante la vida, lo que pudo haber sido y lo que debería haberse hecho, en el caso de que se pudiese cambiar desde una visión evolutiva que abarca desde el nacimiento hasta la muerte. En ella se describen posibles conflictos internos o crisis así como también posibles virtudes dentro de cada una de las etapas de la vida. La etapa de la que hablamos, de vejez, abarca a partir de los 65 aproximadamente hasta la muerte del individuo, finalizando con lo que llama Erikson la virtud de la sabiduría (Volkers & Scherder, 2011).

Generalmente y como todas las personas mayores, durante esa última etapa experimentan distintas dificultades, ya sean físicas o emocionales, pero no por ello debe mirarse como un periodo desolador o aterrador para todas aquellas personas que lo pasan, el sentido propio de esta teoría es la aceptación de la propia vida, para así aceptar de otra forma la llegada de la muerte, ya que es el fin inevitable de todo ser vivo (Belsky, 2001).

Otra teoría es la llamada **teoría del enfoque del ciclo vital**, centra su estudio en el proceso del envejecimiento a lo largo de la vida como un continuo. Defiende que cualquier resultado en los que se comparan sujetos de distintas edades en un momento concreto, puede provocar una confusión en cuanto a los efectos de la edad con los de la generación a la que pertenece el sujeto de estudio, por ello defiende los procesos longitudinales y seccionales frente a los transversales. Constituida por Neugarten en 1975 (Neugarten, 1980), describe el ciclo de la vida como base de dos condiciones fundamentales: los eventos que suponen una transición para el individuo, es decir, matrimonio, hijos, logros profesionales, etc..., y los roles que este asume, los cuales pueden implicar un cambio en el auto concepto y en la propia identidad.

Baltes y Smith (Baltes & Smith, 2003) (Oswald, Jopp, Rott & Wahl, 2011) en un estudio más reciente, establecieron una serie de supuestos resumidos en cinco principios del enfoque del ciclo vital:

1. A lo largo de toda la vida se establece una balanza entre el crecimiento y el declive, dándose en una mayor proporción al principio de la vida el crecimiento, y por el contrario durante la

vejez, se da en mayor proporción el declive, produciéndose ambos procesos durante toda la vida.

2. La existencia de funciones psicológicas que declinan con la edad, como pueden ser la inteligencia mecánica o fluida, y otras que no declinan como la inteligencia cristalizada o pragmática.
3. Las personas son cada vez más diferentes entre sí, aumentando la variabilidad interindividual.
4. La capacidad de reserva existe durante todo el ciclo vital, expresada a través de la posibilidad de compensar el declive con entrenamientos o manipulaciones externas.
5. La variabilidad existente entre los mayores se plasma en tres formas de envejecer: normal, con éxito y patológica.

La **teoría de la actividad**, una de las más antiguas teorías psicológicas compartida entre psicólogos y sociólogos defendía la actividad como base del envejecimiento saludable. Dicha teoría se justificó a través de un estudio realizado con personas de entre 50 y 90 años, el cual detectó que las personas mejor adaptadas y que sobrevivían mejor eran aquellas que realizaban actividades, ya sea porque continuaban con las tareas que realizaban o que eran cotidianas, o porque cambiaban sus roles y tareas por otras más acordes a sus preferencias personales (Herranz, Lirio, Portal & Arias, 2013).

La **teoría de la continuidad**, muy cercana a la anterior, teoría de la actividad, propone el desarrollo del individuo adulto continuo incluyendo su adaptación a situaciones externas negativas, a pesar de que los cambios significativos que ocurren en la salud de las personas mayores, en concreto en el funcionamiento del individuo, en una gran proporción de personas mayores se muestra una consistencia y estabilidad a través del tiempo de sus patrones de pensamiento y perfil de la actividad. Así se puede establecer un punto de partida para la asociación entre el pasado, el presente y los patrones que pueden ser anticipados en cuanto a formas de pensar, actuar y relacionarse (Putnam, 2011).

Dicha continuidad nos sirve como base al proceso de adaptación al cambio que ocurre a través tanto del deseo de continuidad de las personas mayores para prepararse para la jubilación, viudedad o discapacidad, como el deseo de continuidad como meta de la adaptación, afrontando cambios con el fin de preservar en la medida de lo posible, sus vidas tal y como están.

Otras teorías psicológicas o micro teorías que se postulan con menor apoyo, tratan de explicar algunos aspectos muy específicos de cambios psicológicos como recursos de procesamiento reducidos (Salthouse, 1982) que explican el declive del funcionamiento cognitivo a través de la disminución en la velocidad de procesamiento. Por último según Junque y Jodar (Junque & Jódar, 1990), otra perspectiva prometedora es la llamada genética conductual, que intenta explicar los efectos diferenciales entre lo genético y lo ambiental en cuanto a las diferencias psicológicas en el envejecimiento. El papel de la genética supone una determinación de hasta qué punto las diferencias entre las personas son responsables de las diferencias que presentan en una

característica o rasgo conductual, apreciándose mayormente en el desarrollo de la personalidad y la conducta a lo largo de la vida (Montes, Gutiérrez, Silva, García & Del rio, 2012).

2.3 Teorías sociológicas

Un último grupo de teorías sobre el envejecimiento son las teorías sociológicas, postuladas desde la creencia de que la persona que envejece se encuentra expuesta a sufrir y acumular una serie de pérdidas que por un lado u otro reduce su autonomía y disminuyen su competencia.

Dentro del grupo de las teorías sociológicas, se va a centrar en explicar algunas de las teorías más importantes e influyentes desde la perspectiva de las personas como son: la teoría de la modernización y su vinculación a los avances tecnológicos, la teoría de la subcultura y la capacidad de interactuar con otras personas del grupo, la teoría del intercambio social marcada por la influencia social y la teoría de la desvinculación social y el distanciamiento de la persona con respecto al grupo.

Es a lo largo de todo el proceso de socialización, en el que se van interiorizando diferentes roles sociales que determinan su conducta en función de las normas socialmente aceptadas, independientemente de los eventos que vayan surgiendo (Pérez, 2006).

Por otro lado, la **teoría de la modernización**, en la que se defiende que la persona mayor es relegado socialmente de manera importante, en la sociedad actual, debido en gran parte a las innovaciones tecnológicas, el

desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales que se imponen, rechazando y aislándolo del estatus conseguido a lo largo de la vida. Desde un punto de vista económico, esa teoría destaca la descalificación de las personas mayores debido a las nuevas exigencias gracias a la mayor competitividad y mejor formación en las nuevas tecnologías, por lo que de manera secundaria se acelera el tiempo para la jubilación, teniendo como consecuencia mayor pobreza y marginación social.

Existe otra explicación a partir de la **teoría de la subcultura**, desde la cual, la causa del aislamiento social de las personas mayores, es debido a la tendencia de interactuar más con su grupo de iguales que con grupos de edad diferentes, que se necesitaría una autoestima positiva ya que el compararnos con una persona de menor edad nos daría como resultado una imagen negativa de nosotros mismos (Serdio, 2008). Por ello siempre buscan la relación con grupos similares en cuanto a la edad, de ahí que surja el aislamiento y el desapego en las personas mayores. Entre ellos formarían una especie de subcultura, de número reducido, lo que les podría ayudar a mantener su autoestima, comparándose siempre ellos mismos con personas similares a ellas, dándose una interacción social entre iguales.

Similarmente, la **teoría del intercambio social**, pretende explicar el intercambio que se produce debido a la desigualdad estructural entre un grupo de personas mayores y el resto de los grupos (Moreno, 2004). Esta teoría nos refleja cómo cuanto más alto sea el estatus de una persona, mayor poder puede tener frente a otras personas en cuestión de influencias y de cantidad de recursos que puede tener a su disposición, viéndose todas las relaciones truncadas tan pronto todo el beneficio que las personas de su alrededor puedan sacar de esta pierdan la esperanza, interés o se pierda su

poder social, convirtiéndose en un aislamiento para la persona, generalmente mayor. Esta teoría está claramente marcada en la sociedad consumista en la que vivimos en la que no eres nada si no tienes poder o influencias y en lo que puedas producir como beneficio.

Por otro lado, la **teoría de la desvinculación social** de Cummings y Henry (Cummings & Henry, 1961), sostiene que la desvinculación de la persona mayor con respecto a la sociedad se produce a causa del envejecimiento normal y el retiro mutuo de ambas partes (Brodaty, Altendorf, Withall & Sachdev, 2010). Dicho envejecimiento siempre se ve acompañado a un distanciamiento entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social que lo forman. Las personas con el paso de los años van padeciendo declives de sus habilidades conforme va pasando el tiempo, aumentando de la misma manera la desvinculación de la sociedad, es decir, es un proceso continuo.

Todo comienza con la reducción de las actividades relacionadas con la competitividad y la productividad, potenciándose en algunos casos debido a los estereotipos marcados socialmente o los perjuicios de la persona mayor.

Es la persona mayor la que voluntariamente va cesando su actividad social, disminuyendo sus actividades, sus compromisos sociales, lo que ayuda a dichas personas a mantener un equilibrio beneficioso para las mismas, tanto para ellas como para la sociedad.

Diversos autores defienden que es normal que las personas vayan reduciendo los roles más activos que soportan, buscando otros de menor

actividad, menor intensidad y frecuencia sociales, centrándose más en su vida interior (Buendia, 1994) (Hermida & Stefani, 2012).

Desde esta perspectiva, las personas mayores se encuentran de alguna manera condenadas al aislamiento social, considerado en muchos casos como un factor de riesgo en cuanto al desarrollo de enfermedades o discapacidades que pueden presentar. Este aislamiento social priva a la persona de apoyos emocionales, físicos y financieros muy importantes para ellos, ya que es muy importante en dicho grupo la compañía, el afecto, las amistades y la calidad de las relaciones sociales que les quedan.

Esta teoría relaciona a la desvinculación total con la muerte, dándole un carácter universal a la teoría y en cierta manera toma de conciencia en cuanto al tiempo del que dispone la persona mayor para reorganizar su vida.

Dicha teoría durante mucho tiempo ha sufrido muchas críticas debido a la imposibilidad de generalizar en cuanto a la persona mayor, ya que se puede ver tanto en una persona de 80 años como en otra de 60. Por ello, los autores de esta teoría sostienen o defienden posibles direcciones en cuanto a las variables psicológicas que se pueden manejar y distingue dos tipos de roles:

- Instrumentales, hace referencia a la adaptación activa de la persona en la sociedad.

- Socio-afectivos, hace referencia a la integración interna del sistema y al mantenimiento de los valores de la persona mayor.

Estos autores indican que existe una diferenciación en cuanto a género en el proceso de envejecimiento, apoyando que los varones han desarrollado principalmente roles instrumentales, mientras que las mujeres han desarrollado mayormente roles socio-afectivos, explicando de esta manera las distintas condiciones individuales que se van a imponer durante el envejecimiento (Brodsky, Altendorf, Withall & Sachdev, 2010).

A continuación, en la Tabla 1, se resumen todas las teorías sobre el envejecimiento que han sido expuestas en las páginas previas.

Tabla 1. Teorías del envejecimiento.

Teorías Biológicas	Teoría del deterioro al azar , basada en la acumulación de errores en la capacidad de sintetizar proteínas, base de todas las reacciones y funciones celulares.
	Teoría del envejecimiento programado , defiende que cada especie tiene un tiempo de vida fijado por un reloj biológico que se activa en el momento que debemos empezar a envejecer, produciéndose de forma ordenada y predecible.
	Síndrome de Werner o Progeria , relacionado con la muerte de niños por enfermedades relacionadas con al envejecimiento, condicionando la pérdida progresiva con la edad de material genético en los extremos de los cromosomas, los llamados telómeros.
	Teoría de la acumulación de productos de desecho , sostiene que el envejecimiento se produce a causa de la acumulación de productos de desecho del metabolismo celular al no poder ser eliminadas.
	Teoría del desgaste natural del envejecimiento , basada en que el organismo está compuesto de partes irremplazables, que van sufriendo desgaste y cuya acumulación de daño supone la muerte de las células, tejidos y órganos.
Teorías Psicológicas	Teoría del último estadio de Erikson , plantea el desarrollo de la vida desde una visión evolutiva que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, experimentando distintas dificultades físicas y emocionales.
	Teoría del enfoque del ciclo vital , centra su estudio en el proceso de envejecimiento a lo largo de la vida observándolo como un continuo.
	Teoría de la actividad , defiende que las personas mejor adaptadas y que sobrevivían mejor eran aquellas que realizaban actividades ya sea por su rol, preferencias personales o tareas cotidianas.
	Teoría de la continuidad , promueve el deseo de la continuidad de la persona como meta hacia la adaptación, afrontando cambios con el fin de preservar sus vidas en la medida de lo posible.
Teorías Sociológicas	Teoría de la modernización , se basa en la descalificación de las personas mayores debido a las nuevas exigencias gracias a la mayor competitividad y mejor formación en las nuevas tecnologías.
	Teoría de la subcultura , plantea como explicación al aislamiento social de las personas mayores su tendencia a interactuar más con su grupo de iguales que con grupos de edades diferentes.
	Teoría del intercambio social , pretende explicar el intercambio que se produce debido a la desigualdad estructural entre un grupo de personas mayores y el resto de grupos.
	Teoría de la desvinculación social , sostiene que la desvinculación de la persona mayor con respecto a la sociedad se produce a causa del envejecimiento normal y el retiro mutuo de ambas partes.

En el presente capítulo se ha realizado una breve explicación de cada uno de los tipos de teorías relevantes (teorías biológicas, teorías psicológicas y teorías sociológicas) que explican distintas formas a través de las cuales se puede producir el envejecimiento en las personas, resumidas en la tabla de la página anterior.

Así de este modo, se puede concluir que son muchas las propuestas para explicar el proceso de envejecimiento, cada una con sus particularidades, siendo igualmente válidas dependiendo de la postura o planteamiento que queramos hacer.

A continuación en el capítulo 3, se van a desarrollar con mayor extensión algunas variables importantes que pueden influenciar de forma notable los aspectos psicológicos de la persona durante el envejecimiento como son la personalidad, el bienestar psicológico, la autoeficacia general, el entorno y la independencia personal.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPITULO 3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

3.1 La personalidad

Un factor intrínseco, que cumple un papel fundamental en los aspectos psicológicos que pueden influir notablemente es la personalidad, ya que dependiendo del individuo a la hora de realizar una actividad podrá responder de manera más positiva o negativa, es por ello que debemos de tenerla en cuenta como variable potencial en nuestro estudio. Es así como reflejan García y González (García & González, 2000) en el estudio de Kansas City se realizó una investigación a cerca de la relación entre la actividad y la satisfacción vital de los encuestados comparándolo con la personalidad del individuo. Los resultados recogidos fueron muy ambiguos y similares, acerca de cómo los ancianos pueden adaptarse tanto de forma satisfactoria como de forma no satisfactoria. Sin embargo, los mayores con problemas emocionales o psicológicos la norma fue la desconexión con la sociedad debido al estado de ánimo bajo que sufren generalmente. En ambos casos, se mostraron datos desproporcionados tanto de activos como de inactivos (Schmidt, Leibovich & Giménez, 2014).

Así, podemos distinguir dos formas de desconexión con la sociedad, personas que lo viven de forma satisfactoria pero que se encuentran bien adaptadas, y personas que lo ven como una forma negativa de vida y que sufren alteraciones emocionales de algún tipo.

Una peculiaridad del estudio anterior de Kansas City es la clasificación de dos grupos de personas, aquellos que se muestran como “*protegidos*”, en el que existe un mayor nivel de probabilidad de mantenerse activo a lo largo del final de la vida, y otro grupo llamado “*pasivo-dependiente*”, en el que existe una tendencia a jubilarse de forma anticipada para llegar al tan deseado descanso, manifestando crecientemente el deseo de desconectarse.

Desde el punto de vista de las actividades significativas, un estudio de 33 hombres y mujeres (Ogilvie, 1987), defiende el mantenerse activo como una sugerencia más sensata a través de una clasificación de identidades, es decir, los papeles o roles más importantes que han tenido, valorando así las cualidades que más les gustaban y que más les disgustaban. Tras esto, les preguntó durante cuánto tiempo serán capaces de aguantar uno u otro rol y comprobó sus estados de ánimo.

A diferencia de la anterior, surge una perspectiva centrada en la actividad, de forma que no solo es el aspecto personal de la personalidad, sino también el hecho de que hayamos encontrado una actividad adecuada y significativa dándole un mayor sentido a la vida y contemplando el mundo de una perspectiva totalmente distinta, llenando así la vida con actividades que le reportan felicidad y sentido (Roberts, 2007). Las relaciones de este estudio de Roberts finalizó con la conclusión de que aquellos que invirtieron una mayor cantidad de tiempo expresando los roles mejor calificados fueron más felices, por lo que la teoría de la actividad anteriormente citada en otro estudio (Herranz, Lirio, Portal & Arias, 2013) en la que se detectó que las personas mejores adaptadas fueron las que se mantuvieron comprometidas y conectadas durante nuestra vida de alguna

forma en la que seamos correspondidos socialmente pudiendo llegar a ser muy importante durante nuestra vejez.

Los estudios longitudinales tienen más posibilidad de mostrar o poner de manifiesto una posible transformación de la personalidad durante el envejecimiento, ya que se encuentra directamente relacionado con el desarrollo de una estabilidad en cuanto a la personalidad del sujeto (Hernández, Ehrenzweig & Manuel, 2010).

3.2 Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico ha sido definido como el equilibrio entre las expectativas, esperanzas, sueños, realidades conseguidas o posibles, expresadas con la satisfacción y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales con el fin de conseguir la adaptación a la vida cotidiana (Molina & Meléndez, 2006). Ryff define el bienestar psicológico como algo formado en un constructo multidimensional, y que se encuentra percibido de forma subjetiva por el individuo definiéndolo como el sentido y significado que tiene la vida para uno mismo (Ortiz & Castro, 2009) (Ryff & Singer, 2002).

Sin embargo, para llegar a lograr lo que llamamos bienestar psicológico se requiere que se trabaje continuamente en desarrollar el propio potencial para el crecimiento y la de la propia persona, añadiendo así una sexta dimensión que completa el modelo anteriormente citado: el crecimiento personal.

Por otro lado, Carol Ryff plantea que el bienestar psicológico se puede ver mostrado a través de cinco aspectos: aceptación de sí mismo, formación de relaciones positivas con otros, formación de autonomía, dominio del entorno y propósito en la vida, siendo estados ideales finales en los que la persona se encuentra en un funcionamiento pleno, constituyendo metas u objetivos para el desarrollo completo de sí mismo (Ryff, 1989) (Ryff & Keyes, 1995) que se explican a continuación.

Adicionalmente, la autoaceptación puede ser entendida según Ryff y Singer (Ryff & Singer, 2002) como la actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada. Las relaciones positivas con otros se definen como la capacidad para mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en la empatía y confianza. La autonomía como autodeterminación, es decir, capacidad para tomar decisiones por sí mismo. El dominio del entorno como la capacidad individual para crear o elegir ambientes favorables para satisfacer las propias necesidades. La escala de propósito en la vida tiene que ver con las metas y objetivos que permiten dotar a la vida de sentido. Finalmente la dimensión de crecimiento personal se relaciona con el desarrollar el propio potencial (Turiano, Pitzer, Armour, Karlamangla, Ryff & Mroczek, 2011).

En la figura 1, se muestran los distintos elementos incluidos en el bienestar psicológico según estos autores.



Figura 1. Elemento del Bienestar Psicológico (Extraído de Ryff & Singer, 2002).

3.3 Autoeficacia General

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 (Bandura, 1986). Representa un aspecto muy importante en cuanto a la teoría social cognitiva, que defiende que la conducta y la motivación humana se encuentran regidas por el pensamiento. La forma de sentirse, de pensar y de actuar están asociados a los pensamientos, provocando si estos son negativos depresión, ansiedad, etc. (Bandura, 2012).

La autoeficacia puede definirse, como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. En un estudio sobre la auto-eficacia y autoestima en la población chilena, se indica que la falta de actividades podría ser determinante en una baja auto-eficacia en jóvenes de entre 18 y 25 años (Aguirre & Vauro, 2009). Sin embargo, entre

los 25 y 65 años se concentra el sentimiento de competencia o auto-eficacia más alta, comprendiéndose como edades en niveles óptimos de actividad, debido al aumento del desempeño de roles, tras los 65 años al producirse un abandono progresivo de roles y con ello de las actividades propias de los mismo, hay una mayor vulnerabilidad para desarrollar un sentimiento de baja autoeficacia personal y competencia personal y disminución del bienestar personal. En este sentido, Buendía indica que las personas mayores van disminuyendo las actividades sociales, compromisos sociales, todo ello de forma voluntaria y unilateral, aceptando roles que tienen menor actividad social, menor intensidad, por lo que se centran más en su vida interior. Ello les priva entre otros de apoyos emocionales, físicos, financieros, muy importantes para este grupo social (Hermida & Stefani, 2012).

Tanto las expectativas de lo que va a suceder en una situación, como las que saldrán de un resultado o como las de autoeficacia percibida hacen creer que la persona tiene las destrezas necesarias como para obtener los resultados deseados con respecto a una actividad. Aquellas personas que tengan una motivación alta, elegirán siempre desempeñar actividades de mayor dificultad que aquellas con una motivación baja, ya que son más persistentes, invierten mayor esfuerzo en obtener un resultado y mantienen el compromiso con sus metas finales (Op.Cit).

3.4 El entorno e Independencia Personal

Un factor del que a veces nos olvidamos y que cumple un papel fundamental es el entorno, el cual puede incrementar las posibilidades físicas del individuo o aumentar sus incapacidades para llevar cabo una

tarea, lo que puede producir un deterioro aun mayor, en este caso psicológico. Dichas incapacidades o discapacidades que estamos mencionando son denominadas por los gerontólogos como incapacidades excesivas (Prieto et al., 2008).

En numerosas ocasiones estas discapacidades se desarrollan porque la situación vital del individuo actúa como barrera para que se lleve a cabo un funcionamiento normalizado. Las incapacidades excesivas pueden llegar a convertirse en incapacidades reales ya que éstas inactivan de alguna manera o debilitan a las personas, por lo que aceleramos su declive fisiológico. Simplemente el quitarles del control y la autonomía a los ancianos puedes crearles en sí mismo una aceleración de la incapacidad y de la muerte, además de privarle de la sensación de sentirse productivo y de que puede realizar tareas sin la ayuda de una persona externa, cosa que aumenta las posibilidades de vida.

Un estudio de Summers, Haley, Reveile y Alarcón (Summers, Haley, Reveille & Alarcon, 1988), ilustra de manera significativa a través de los factores no patológicos como el papel de un psicólogo puede ser decisivo en el tratamiento de los deterioros funcionales en el último periodo de la vida. Durante dicho estudio, un grupo de ancianos con osteoartritis comprobaron que en realidad la gravedad de la enfermedad, valoradas por médicos reumatólogos y valoraciones radiológicas de las articulaciones que se encontraban afectadas, no se correlacionaba con las puntuaciones de la *Sickness Impact Profile*, por lo que llegaron a la conclusión de que el estado psicológico de la persona era un claro predictor del grado de incapacidad que la persona mayor experimentaba (Petrie, Moss, Grey & Shaw, 2004).

En un estudio sobre la autonomía y el control, Rodin y Langer en 1977, dentro de una institución residencial con personas mayores, que se distribuyeron en dos grupos de trabajo de forma aleatoria. A un primer grupo, que asistió a una conferencia acerca de elecciones y oportunidades para tomar decisiones dentro de la institución residencial, y se les animó a que lo llevaran a cabo aceptando responsabilidades, planificación de comidas, cuidado de plantas de la institución, etc. Mientras que el segundo grupo, asistió a una conferencia sobre actitud y asistencia social, mandando un mensaje subliminal de cuidado e higiene personal por cuenta del personal (Rodin, 2014).

Después de realizar ambas conferencias, el primer grupo mostró signos de sentimientos de felicidad, mayor actividad y capacidad de reacción, así como mostrarse más comprometidos con las actividades que se promocionaban desde el propio centro. Dicho efecto estuvo de manifiesto durante un tiempo aproximado de 18 meses, provocando de manera secundaria en los residentes un impacto en la longevidad simplemente por una comunicación sobre pautas de elección y toma de decisiones, disminuyendo el índice de muertes en un 10 %, con respecto al grupo control, algo muy significativo en esta población.

Además, se obtuvieron otros datos como una reducción del grado de estrés, disminución a largo plazo del nivel de corticoides y mejoras generales significativas de salud.

Dicho experimento volvió a hacerse pero en otro ámbito, en ancianos hospitalizados, realizándose a su vez dos grupos, uno con dicha conferencia y el otro sin ella. Un año después de dicha investigación, el grupo experimental mostró un índice de altas hospitalarias muy superior al

otro. A través de este estudio, podemos llegar a la conclusión de que existen multitud de variables determinadas en cuando a la salud inicial, pero que el control sobre las decisiones de la institución fueron directamente proporcionales a salud posterior en el estudio. Además, el convertir un traslado involuntario a uno voluntario, somos capaces de reducir los efectos físicos directos del traslado como el riesgo de contraer nuevas enfermedades en los meses posteriores a dicho evento.

Un grupo de investigadores de la Universidad de Chicago entre los que se encuentran Bengtson, Reedy, Gordon y Birren (Bengtson, Reedy, Gordon & Birren, 1985), comenzaron un estudio llamado *Kansas City* acerca de cómo puede verse modificado el comportamiento humano, se ven signos de retraimiento del autoconcepto con respecto a la transición psicológica, 10 años después de la investigación, se reevalúa la muestra para comprobar la evolución de los individuos después de participar en el estudio, comprobando que es el factor psicológico determinante en el mantenimiento de los contactos sociales.

El estudio de *Kansas City* comenzó con una evolución negativa de los contactos sociales con su grupo de amistades aumentando con el paso de los meses. Esta progresión negativa de la implicación en la relación con su grupo de iguales junto con el factor psicológico interno ha provocado la investigación en este tema en otra teoría de la gerontología social, la teoría de la liberación (Shaw, Liang & Krause, 2012).

Si vemos los estudios de Elaine Cummings y William Henry (Cummings & Henry, 1961), el paso de la edad o tener una edad avanzada implica consecuentemente que se produce una desconexión con el grupo

social, como se refleja en la teoría de la desvinculación social de Cummings y Henry. Nos distanciamos de la sociedad sin ser un signo patológico sino universal (Op.Cit.) y natural dentro de nuestro proceso de envejecimiento, llegándose a defender como una forma de envejecimiento correcto (Brodaty, Altendorf, Withall & Sachdev, 2010).

En muchos casos, esta teoría refuerza los sucesos que ocurren con la edad, viéndose de alguna manera justificados en la forma en la que aparecen, como puede ser la jubilación forzosa. En contra de este teoría que no tuvo demasiados adeptos, y pensando en que podría perjudicar al ámbito al que hace referencia nació otra teoría muy parecida pero de distinto mensaje, la teoría de la actividad (Herranz, Lirio, Portal & Arias, 2013).

Esta sin embargo defiende todo lo contrario, la continuidad de la actividad frente a todos los problemas que puedan ocurrir, promoviendo el deseo de la continuidad de la persona hacia la adaptación como una meta, mostrando mayor consistencia y estabilidad en la adaptación al cambio, afrontando dichos cambios que se puedan producir como forma de mantenerse ocupados el máximo tiempo y mejorar su calidad de vida (Putnam, 2011). Por otra parte es compartido entre psicólogos y sociólogos, que aquellas personas que continúan realizando las actividades de manera cotidiana muestran un envejecimiento más saludable que aquellas que no continúan el ejercicio de la actividad (Op.Cit).

Por otra parte, en algunas investigaciones como Lemon, Bengtson y Peterson en 1972 (Lemon, Bengtson & Peterson, 1972), se muestra una correlación positiva entre la posibilidad de mantenerse activo durante un mayor número de años y el estado de ánimo, en muchos casos, no se encontró aspectos lo suficientemente significativos como para decantarse

por una o por otra teoría ya que en muchos casos los ancianos fueron más felices manteniéndose al margen de la sociedad y otros ganaron en calidad de vida manteniéndose activos (Quiroz & Rangel, 2013).

La existencia de un equilibrio entre las necesidades, disposiciones o predisposiciones de las personas y las oportunidades de acción que ofrece el anciano, cobrando de gran importancia en los modelos que describen la relación “persona mayor y entorno”, siendo la conducta el fruto de la interacción de ambas.

Una relación basada en las transacciones es decisiva para la compatibilidad entre el entorno y la persona para la determinación de los futuros planes personales, permitiendo en mayor o menor medida el nivel de actividad del mayor, convirtiéndose en una de las principales preocupaciones.

El que sea o exista un ambiente que potencie la interacción se refleja en función de las características personales. Un elemento valorativo de un buen entorno, sería aquel que genere o potencie el nivel de actividad y proporcione recursos en el mismo.

Durante el desarrollo de este capítulo se ha hablado sobre algunas de las variables o aspectos psicológicos de manera intrínseca como puede ser la personalidad, que puede predisponer a una persona de manera positiva o negativa frente a un estímulo o actividad adecuada y significativa para el sujeto, así como el bienestar psicológico como forma de aceptarse a sí mismo y desarrollar su propio potencial de crecimiento personal y su capacidad para afrontar acontecimientos vitales.

Por otra parte, la autoeficacia general unida a una motivación alta en las personas, fomentarán siempre el desempeño de actividades de forma normal y correcta ya que mantienen su esfuerzo durante la realización con el fin de obtener un resultado positivo en su finalización.

Adicionalmente, otra variable igual de importante que las anteriores es el entorno y la independencia personal, ya que este puede incrementar o disminuir las posibilidades físicas del individuo o aumentar sus capacidades para solventar y finalizar la actividad.

En el próximo capítulo, se realiza el desarrollo de la historia de la Terapia Ocupacional desde su comienzo hasta la actualidad, además de la explicación de algunos términos clave relacionados con la investigación como son el envejecimiento activo, el bienestar y la autoeficacia desde la perspectiva de la terapia ocupacional en el ámbito de la geriatría y de la herramienta principal del terapeuta que es la actividad con significado.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPITULO 4. TERAPIA OCUPACIONAL

1.1 Historia de la Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional tal y como se conoce actualmente aparece a principios del siglo XX, evolucionando constantemente desde sus inicios y expandiéndose en sus campos de actuación, lo que conduce a la implantación de la figura profesional del terapeuta ocupacional en distintos organismos por todo el mundo, tales como los hospitales, centros privados, grandes multinacionales, centros de ocio, centros para el rediseño del estilo de vida, de atención temprana, viviendas tuteladas y/o supervisadas, centros de diseño de proyectos de apoyo y nuevas tecnologías, etc.

La terapia ocupacional se ha ido desarrollando desde la época de la cultura china y egipcia (2.600 a.c.) hasta la actualidad con diferentes factores relevantes que han propiciado su evolución en diferentes competencias en todos los niveles de la profesión. También existen indicios en la cultura griega a través del uso de la actividad ocupacional para tratar a pacientes (Willard & Spackman, 2005).

En la antigua Grecia, el Santuario de Asclepio en el Valle de Asclepio se celebraban cada cuatro años unas fiestas en honor a Esculapio, Dios de la medicina e hijo de Apolo, en el que se combinaban pruebas de gimnasia, poesía y música. El lugar que comenzó siendo un templo al honor de la medicina, terminó siendo un lugar de peregrinación para los enfermos debido al agua milagrosa con la que sanaban los sacerdotes.

Estos enfermos, generalmente con dolencias psicosomáticas, eran sometidos a ritos de purificación con el agua sagrada y en los que los sacerdotes indicaban el tratamiento a seguir a través de ejercicios físicos, paseo, baños o pasatiempos.

Es ya en los siglos XV y XVI cuando comienzan a aparecer precedentes de la terapia ocupacional, concretamente en el año 1409 a través del primer hospital psiquiátrico de Europa, con el fin de promover en enfermos mentales su reinserción en la vida laboral y social, a través del tratamiento moral y psicosocial, y más tarde con la creación en Zaragoza en el año 1925 del Hospital Real General de Nuestra Señora de Gracia, en el que se promovía la realización de tratamientos terapéuticos a través de las ocupaciones y los trabajos.

En 1553, el médico Cristóbal Méndez incluía juegos de naipes, ajedrez, baile, en los que la práctica de cualquier ocupación y la motivación de la persona eran considerados como pilares fundamentales del tratamiento (Willard & Spackman, 2005).

A finales del siglo XVII, existía una concepción de la locura como un fenómeno demoníaco y en consecuencia las personas con trastornos mentales, supuestamente endemoniados, eran frecuentemente inmovilizadas con todo tipo de sujeción y contención mecánica (grilletes, cadenas, camisa de fuerza, etc.).

No es hasta el siglo XVIII cuando comienza a utilizarse el concepto de ocupación como tal en el hospital de Pensilvania en el año 1752 en el que se producirá una transformación de las características de internamiento

de las personas con enfermedad mental, posibilitando así la creación para la aparición del tratamiento moral (Moruno, 2003).

A principios del siglo XIX, Philip Pinel implantó el primer tratamiento moral aplicado a la actividad terapéutica, pensando en los beneficios de la ocupación antes ya de la creación de la propia profesión. El Dr. Browne en Escocia 1830 introdujo también la ocupación como tratamiento terapéutico y en 1850 en Inglaterra, el Dr. Tuke definió como las actividades ocupacionales pueden presentar propiedades en cuanto a la recuperación mental, social y física del usuario psiquiátrico durante la aplicación del tratamiento.

En 1860, Dr. Rush en un hospital psiquiátrico de Estados Unidos, recomendaba a los pacientes y familiares la actividad como rutina para el mantenimiento activo. Ya en 1877 en España, Menni defendía que uno de los tratamientos más importantes que podía llevar a cabo era la de dotar de una ocupación conveniente al usuario. Al igual que el anterior, Dr. Dunton en Estados Unidos afirmaba que debían utilizarse actividades diarias relacionadas con las funciones que se querían recuperar (Willard & Spackman, 2005).

Otro de los movimientos con importante influencia sobre la terapia ocupacional eran las denominadas “*Settlement Houses*”, en las que se relacionaba la asistencia sanitaria con las prácticas del trabajo social, convirtiéndose la función educativa de la ocupación como elemento importante en la filosofía de este movimiento. Las acciones desarrolladas en estos “*Settlement Houses*” perseguían favorecer los programas de

atención y cuidado al enfermo, formación de cuidadores, mejora de la vivienda, mejora de las condiciones de trabajo, etc. (Moruno, 2003).

Es ya en el siglo XX cuando la Terapia Ocupacional recibe su mayor impulso desde su creación a través de William Rush Dunton, psiquiatra de profesión y presidente de la primera Sociedad Americana de Terapia Ocupacional 1915, con la publicación del primer libro de Terapia Ocupacional llamado, *Occupational Therapy*, y más tarde escribe otros libros y edita la primera revista de Terapia Ocupacional llamada “*Archives of Occupational Therapy*”, cambiándose el nombre más tarde a “*Occupational Therapy and Rehabilitation*”. Dunton se convirtió en defensor del potencial de la terapia ocupacional, reforzando su trabajo como supervisor de clases dedicadas a la ocupación en el hospital de Maryland en Estados Unidos (Willard & Spackman, 2005).

Todo empezó en 1917 con la *Consolation House* en Clifton Springs (Nueva Cork) con los 10 principales países fundadores de la Federación Mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT) (Inglaterra, Estados Unidos, Escocia, Sudáfrica, Suecia, Nueva Zelanda, Australia, Israel, Dinamarca e India) y que actualmente cuenta con la suma de 176 países participantes en su constante evolución. El acuerdo es unánime al considerarse esta reunión como el principio de la terapia ocupacional.

Durante el proceso de industrialización, los modelos de desempeño laboral se caracterizaban por la producción en cadena, a través de la cual el trabajador se encontraba inmerso en la monotonía del trabajo, algo totalmente contrario al movimiento de artes y oficios que defendía el uso del trabajo artesanal como método educativo o terapéutico frente a la producción industrial (Op.Cit.).

Al igual que Dunton, Eleanor Clarke Slagle se encontró influenciada por el nuevo pensamiento de la terapia ocupacional y tuvo un gran peso en la Asociación de Terapia Ocupacional (AOTA), fomentando el entrenamiento en hábitos para la promoción de la participación de las personas que sufrían enfermedades mentales y problemas en la ocupación. Durante este proceso, la artesanía creativa y las artes se promovían dentro de las actividades de ocupación, con la meta de equilibrar el cuerpo y la mente de cara a la realización de las actividades de la vía diaria.

Por otra parte en Nueva York 1917, se crea la *National Society for the Promotion of Occupational Therapy*, que más tarde será renombrada como la *American Occupational Therapy Association* (AOTA), en el que aparecen por primera vez todos los nombres de los creadores de la terapia ocupacional y de prestigio en el ámbito de las ciencias de la salud siendo William Rush Dunton, Susan Cox Jhonson, Eleanor Clarke Slagle, Susan E. Tracy, George Edward Barton, Thomas B. Kidner y Herbert James Hall (Christiansen & Haertl, 1993).

Tras la finalización en 1918 de la I Guerra Mundial, la mayor repercusión fue el tipo de paciente que era atendido en los servicios de terapia ocupacional, ya que la mayoría eran amputados, trastornos psiquiátricos, lesiones craneales, etc. lo que con llevaría a la modificación de los tipos de tratamientos realizados hasta la fecha, integrando totalmente el servicio de terapia ocupacional en la atención médica de las discapacidades físicas, fundamentado en la búsqueda de la mayor independencia del individuo, ya sea en su área productiva, compensación de discapacidades permanentes y ayudas técnicas para su día a día (Moruno, 2003).

La experiencia que nace de la inclusión del servicio de terapia ocupacional en los hospitales a raíz de la I Guerra Mundial da sentido a lo que llamamos ocupación, formando una planificación de actividades en el tratamiento y promoviendo una disposición y estado de ánimo que permite al sujeto afrontar las demandas de la actividad por sí mismo tras el alta hospitalaria. Este acontecimiento favoreció el desarrollo de la profesión y su asociación a la rehabilitación física, como consecuencia de la implicación activa de los fundadores (Moruno, 2003).

En 1922 el psiquiatra Adolf Meyer publicó un libro sobre TO en el que describe como aplica a pacientes de neurología y psiquiatría la promoción en la utilización de actividades gratificantes durante el tiempo básico del tratamiento.

Se convirtió en uno de los fundadores del movimiento de “higiene mental” definido como forma de conseguir y mantener la salud mental de la persona, lo que influiría de manera muy importante en la práctica y desarrollo de la Terapia Ocupacional.

A continuación Adolf Meyer (Rubio & Sanz, 2009) elaboró una serie de principios básicos, en concreto 10, para tratar de reflexionar sobre ellos y potenciar la relevancia de la profesión expuestos a continuación:

- La causa de los trastornos mentales son los hábitos o comportamiento desorganizados que provocan problemas para vivir; argumentando la posibilidad de que es el enfermo mental el que no puede adaptarse a las responsabilidades propias del adulto debido a sus hábitos defectuosos. De forma

secundaria este deterioro de los hábitos produce un desequilibrio entre el trabajo y el ocio.

- La importancia del entrenamiento de hábitos en el abordaje de la Salud Mental; propuso que un tratamiento basado en programas de entrenamiento terapéuticos fomentaría la participación en actividades placenteras, creativas y educativas.
- El cambio o desarrollo de hábitos se consigue con el hacer y la práctica; en el que cualquier comportamiento ocupacional pasaba por tres etapas consecutivas (exploración-competencia-logro), completándose a través de la práctica y la repetición del comportamiento.
- El ser humano tiene una necesidad de adaptación y de ocuparse; son requisitos básicos la adaptación y el valor del trabajo que ayudarán a la persona a solucionar los problemas de la vida y adaptarse al medio.
- La ocupación como valor terapéutico para la cura de la enfermedad; defiende el trabajo como medio para alcanzar una buena salud a través del valor terapéutico de la actividad a través de su experiencia creativa y placentera.
- Adaptarse a los ritmos principales; fomenta el equilibrio entre el juego, trabajo, descanso y sueño, a través de la búsqueda del

equilibrio ocupacional como objetivo terapéutico de la intervención.

- La importancia de usar de forma adecuada el tiempo en actividades gratificantes y útiles; marca una gran importancia en el logro o placer buscado a través de la realización de la actividad, pretendiendo obtener el logro y la satisfacción personal a través del trabajo, de esta manera resulta ser la ocupación algo significativo y positivo.
- Considerar la individualidad de la persona; se considera la práctica centrada en el cliente en la que se planifican los programas de forma individual atendiendo a los intereses y aptitudes personales.
- La importancia del valor del tiempo, la realidad y la actualidad; se destaca el valor y las oportunidades que pueden ofrecer participar en las actividades y/o ocupaciones lo más reales posibles en la búsqueda de la realidad y de la actualidad mediante la participación activa.
- Aspectos básicos del rol del terapeuta ocupacional y la relación terapéutica; el terapeuta ocupacional sirve de intermediario con el paciente para ofrecerle oportunidades fomentando el trabajo, planificación, etc. obteniendo así el placer y la gratificación interna y potenciando el interés en las ocupaciones, además de potenciar las habilidades que sean necesarias para llevarlas a cabo.

A partir de los años siguientes entre 1918 y 1924 tanto en Estados Unidos como en Canadá, crece en su desarrollo tanto académico como universitario a través de diferentes escuelas de formación, con las que empiezan a definir tanto los principios, como objetivos y contenidos que caracterizan a la terapia ocupacional, así como las actividades y las ocupaciones (Willard & Spackman, 2005).

En Europa, en 1926 Inglaterra comienza el desarrollo académico de la Terapia Ocupacional, copiando el modelo americano, creando varias escuelas y promoviendo la actividad terapéutica en los centros de salud y de rehabilitación. La Dra. Elizabeth Casson, introduce las actividades terapéuticas de carácter ocupacional en el Hogar de Enfermeras de Clifton (Bristol), al igual que el médico K. Henderson en 1929, introduce el servicio de terapia ocupacional en el Royal Mental Hospital, creando posteriormente, en 1930, el primer centro académico de estudios de Terapia Ocupacional (Op.Cit).

Tras este impulso académico con la creación de las escuelas de formación en terapia ocupacional, se solicita que sean reguladas a través de unos criterios académicos y la elaboración de un registro de profesionales y la creación de la asociación nacional de terapia ocupacional tanto de Canadá como de Inglaterra.

La TO aumenta su expansión a nivel mundial en diferentes ciudades a través de la creación de nuevas escuelas de Terapia Ocupacional en Edimburgo, Estados Unidos, creando servicios especiales en la mayoría de los hospitales que requieren trabajo de terapeutas (Op.Cit.).

A raíz de la II Guerra Mundial y el cierre como consecuencia de ello de muchos servicios y escuelas, muchos de los profesionales pasaron a formar parte del ejército prestando servicios en hospitales, trabajando en unidades de rehabilitación y psiquiatría (Moruno, 2003).

Su reconocimiento internacional hace que en abril de 1952, varios representantes de los países constituyan la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) y se celebre el primer congreso de Terapia Ocupacional en Edimburgo.

En los años 60, continúan aumentando el número de escuelas de TO en todo el mundo gracias a las reformas y mejoras en la legislación, llegando a ser 92 los centros educativos que imparten Terapia Ocupacional. En este periodo los principales campos de actuación eran la discapacidad física y la disfunción psicosocial.

Es en 1961 cuando se crean los estudios de terapia ocupacional en España, de la mano de Mercedes Abella, contratada por la Organización Mundial de la Salud para organizar y estructurar esta profesión en España, y en 1967, se constituye la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) y reconocidos sus estudios en la década de los 70 por la WFOT (Willard & Spackman, 2005).

Durante las décadas de 1960 y 1970, se produjo un gran desarrollo a la hora de abarcar el abordaje sintomático de un individuo, el cual se centra en el análisis y graduación de las destrezas y capacidades que son necesarias para la realización de la actividad, con las que podemos obtener un análisis de la relación entre los síntomas y los déficits que presenta el sujeto con respecto a la actividad analizada, persiguiendo así la

recuperación progresiva de las capacidades y destrezas en las que se produce ese déficit, con el fin de que las realice de la forma más normalizada posible (Moruno, 2003).

Durante la década de los 80 y 90 continua su progresión en cuanto al aumento de escuelas de terapia en todo el mundo y los progresos tanto en su estudio, investigación, conocimiento e información, además de su progreso y mayor demanda desde los servicios socio-sanitarios.

Se aumentan los diferentes campos de actuación en las distintas áreas de la salud como rehabilitación física y mental, geriatría y pediatría, además de tratamientos con personas con SIDA, pacientes terminales, farmacodependencia y alcoholismo.

Como consecuencia de todos los acontecimientos e influencias sobre la terapia ocupacional durante el siglo XX, surge una nueva perspectiva de la profesión que se centra en la intervención del desempeño funcional en las ocupaciones asociadas al autocuidado, mantenimiento, productividad, ocio y tiempo libre, potenciando alcanzar la adaptación al entorno (Op.Cit.).

4.2 Historia de la Terapia Ocupacional en España

Un acontecimiento muy importante de la disciplina en nuestro país es la constitución del primer hospital psiquiátrico de Europa en Valencia, el *Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes*, fundado por Fray Juan Giliberto Jofré y destinado para los pobres y desamparados.

Es durante esta época en España cuando surge una gran preocupación sobre las personas con enfermedad mental influenciada por la cultura árabe y cristiana y entendida como un acontecimiento divino que se produce en el individuo.

Es así como el movimiento que inicia el padre Jofré se extiende por otras ciudades y centros psiquiátricos donde comienzan a trabajar con personas a través de los trabajos ocupacionales y laborterapia como es el *Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia* en 1425 (Romero, 2007).

En 1537 en la ciudad de Granada y siguiendo el trabajo del Padre Jofré, Juan Ciudad y Duarte fundaron hospitales fundamentados en la atención del trato humano que se le daba a los pacientes, los cuales en su mayoría eran castigados a través de la realización de trabajos con el fin de separar a pobres, válidos y holgazanes como modo de “moralizar” a las personas.

Más tarde en 1555 durante el reinado de Felipe II se crea una figura llamada “Padre de los Pobres”, cuyo fin era buscar trabajo y atender a los enfermos y discapacitados, algo que se acerca mucho a la terapia ocupacional actual (Op.Cit.).

Durante los siglos XVIII y XIX se llevan a cabo distintas acciones sobre a la hora de fomentar el trabajo de personas con discapacidad o que no pueden realizar un trabajo de forma normalizada hacia oficios útiles a modo de reinserción laboral a través de hospitales y asilos.

A comienzos del siglo XX surgen grandes acontecimientos en relación a políticas sociales destinadas no solo a reformas sociales sino también a la educación y reeducación de personas con discapacidad en centros especiales de formación profesional hasta la llegada de la Guerra Civil en España, lo que supone una paralización de la sociedad española en todos los ámbitos.

No es hasta la década de 1950 cuando surge en España un impulso en el movimiento asistencial en los ámbitos psiquiátrico y de rehabilitación física que ayudara a la aparición de la terapia ocupacional en el país, creándose dos patronatos: el de Higiene Mental y de Asistencia Psiquiátrica en la que se agrupaban las personas con discapacidad que no eran secundarias a una causa laboral o como consecuencia a la Guerra Civil (Willard & Spackman, 2005).

La primera institución encargada de realizar tratamientos en rehabilitación fue el Instituto Nacional de Previsión en 1965, implantándose más tarde en 1970 los estudios de rehabilitación en la Facultad de Medicina de Valencia y más tarde en Madrid y Zaragoza.

La fundación del Patronato Nacional de Rehabilitación supuso un impulso en el desarrollo de tratamientos de rehabilitación ambulatorios, dando lugar al Centro Nacional de Rehabilitación en el que se incluyen distintos departamentos organizados como son : cinesiterapia, terapia ocupacional, logopedia, hidroterapia, electroterapia, termoterapia, parálisis cerebral, rehabilitación cardiorrespiratoria y prótesis y órtesis (Romero, 2007).

En 1982 se elabora el “Plan Nacional de Rehabilitación” centrado en una serie de puntos que son los siguientes:

- Mejorar la calidad de los tratamientos en rehabilitación.
- Evitar los largos desplazamientos de pacientes.
- Fomentar el uso del transporte colectivo.
- Reducir las cifras de invalidez laboral temporal.
- Disminuir la invalidez permanente a través del tratamiento precoz.

Después de que en 1970 la Escuela de Terapia Ocupacional fuera reconocida a través de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) se crea la primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional es creada en 1971 en el Centro Nacional de Rehabilitación (Romero, 2007).

En 1990 en España se crea el título universitario de Diplomado en Terapia Ocupacional a través de las directrices generales de los planes de estudios conducentes fijado por el Real Decreto 1497/1987 recogido en el BOE núm. 278 de 20 de noviembre de 1990, produciéndose así un aumento notable de los centros que imparten terapia ocupacional , además, también ha crecido el ejercicio profesional que se extiende más allá de los hospitales, clínicas, residencias de tercera edad, centros de día, centros de rehabilitación, atención domiciliaria, educación especial, orfanatos, centros comunitarios, industria, empresa privada, etc. (Op.Cit.).

Según la WFOT, la terapia ocupacional se define como la profesión que promueve la salud y el bienestar mediante la ocupación, siendo su objetivo principal el promover que las personas realicen de forma independiente las actividades con el fin de mejorar su participación. Dicha participación puede ser facilitada o dificultada ya sea por problemas físicos, sociales, consecuencia de enfermedades, proceso de envejecimiento, enfermedades mentales, problemas de desarrollo, actitudinales o legislativos, pudiéndose modificar a través de la facilitación de la participación activa del usuario. Esa actividad permite incrementar las funciones independientes que mantiene, mejorar el desarrollo o prevenir la discapacidad, mejorando la independencia y la calidad de vida (Willard & Spackman, 2005).

Siendo así, puede ser considerada como una profesión socio-sanitaria y aumentando su importancia a nivel de reconocimiento frente al resto de disciplinas de las ciencias de la salud que tanto ha sido perseguido por los propios fundadores y defensores de la TO.

En cuanto a los fundamentos básicos que se manejan en la terapia ocupacional (AOTA, 2014) para desarrollar su función con los usuarios son los siguientes:

- Áreas:
 - Actividades básicas de la vida diaria ABVD, en las que se encuentran integradas las funciones de lavarse, bañarse, ducharse, higiene personal, aseo, vestirse,

comer, movilidad funcional, control de esfínteres, cuidado de dispositivos personales, actividad sexual.

- Actividades instrumentales de la vida diaria AIVD, se encuentran integradas el cuidado de otros, cuidado de animales domésticos, crianza de hijos, gestión de comunicación, movilidad en la comunidad, gestión financiera, mantenimiento de la salud, gestión del hogar, realización de compras, preparación de comidas, limpieza del hogar, participación social, etc.
- Descanso y sueño.
- Educación, se encuentran integradas participación en la educación formal, necesidades personales educativas informales, intereses formales de exploración y participación en la educación personal.
- Trabajo, se encuentran integrados búsqueda de empleo, rendimiento en el trabajo, preparación para la jubilación, exploración del voluntariado y participación en el voluntariado.
- Ocio y tiempo libre, se encuentran integrados exploración, participación y aprovechamiento del ocio y tiempo libre.
- Juego, se encuentran integrados exploración del juego y participación en el juego.

- Participación social, se encuentran integrados participación comunitaria, en actividades de la familia y con los compañeros y amigos.
- Destrezas de ejecución:
 - Destrezas sensoriales, se encuentran integradas acciones de la persona en la localización, identificar, seleccionar, interpretar, asociar, organizar y responder a las sensaciones y percepciones visuales, olfativas, auditivas, propioceptivas, táctiles, gustativas y vestibulares.
 - Destrezas motoras y praxis, se encuentran integradas la actividad motriz, postura, estabilidad, alienación, movilidad, coordinación, fuerza, resistencia, energía, caminar, alcanzar, manipular, fluidez, mover, transportar, levantar, calibrar, agarrar, construcción visual, construcción óculo-espacial, realización de secuencias de acción, etc.
 - Destrezas de regulación emocional, se encuentran integradas acciones y comportamientos para identificar sensaciones ya se actividad y otra persona.
 - Destrezas de comunicación y capacidades sociales, se encuentran integradas la coordinación para relacionarse

socialmente, contacto físico, visual, gestos, postura, orientación, intercambio de información y relación.

- Componentes de ejecución, se encuentran integrados hábitos, rutinas, roles y rituales.
- Contexto, se encuentra integrados conceptos culturales, personales, físico, sociales, virtuales, temporales.
- Demandas de la actividad, se encuentran integrados el uso del objeto, propiedades, demandas del espacio, demandas sociales, tiempo, acciones requeridas, funciones, secuencia, estructuras del cuerpo necesarias.



Figura 2. Modelo AOTA (2014).

En general, el objetivo general que se busca no es otro que el de potenciar la independencia, funcionalidad y autonomía personal, desarrollando así los componentes de ejecución necesarios para llevar a cabo sin problemas todas las actividades de la vida diaria, todo ello basándose en el uso terapéutico de las ocupaciones o actividades, la actividad como propósito, su supervisión, así como la evaluación y reevaluación durante el proceso de intervención terapéutico (Kielhofner, 2006).

De este modo, se puede entender que Terapia Ocupacional es la profesión que se encarga de a través de un significado o dirigido a un propósito, con el uso de la actividad como base, para evaluar facilitar, restaurar y mantener una función. Dependiendo de los objetivos marcados por el terapeuta, se puede proporcionar el medio para incrementar la fuerza, fomentar la acción social, disminuir la ansiedad, estimular funciones cognitivas, etc.

Además, la actividad (significativa y centrada en el sujeto) puede regularse, secuenciarse o monitorizarse para facilitar, proteger o adaptar con el fin de llegar a una ejecución completa de la acción, siendo uno de los pilares fundamentales la implicación del paciente en el proceso de intervención (Kronenberg, Simó & Pollard, 2007).

Por otra parte los objetivos que se pueden marcar de forma general con respecto a la terapia ocupacional son los siguientes:

- Practicar intervenciones utilizando técnicas, procedimientos, métodos y modelos con fines terapéuticos que promuevan la

salud, prevengan discapacidades y desarrollen, mejoren, mantengan o restauren el nivel de autonomía e independencia funcional de la persona con respecto a sus habilidades y a la adaptación al entorno.

- Planificar, ejecutar, evaluar y registrar tareas o actividades relacionadas con la promoción de la salud, prevención y rehabilitación.
- Mejorar la calidad de vida y las habilidades de la vida diaria u ocupaciones de los individuos con problemas mentales, físicos o sociales.

4.3 El uso de la actividad como terapia

La actividad es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operaciones, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas, utilizando determinados recursos humanos, económicos y materiales asignados a la actividad con coste programado.

Dicha acción, como mencionábamos anteriormente, deberá tener un significado para el individuo, un sentimiento de competencia que será muy importante en el proceso terapéutico y que producirá como consecuencia un feedback positivo.

Dentro de los tipos de actividad, existen dos tipos de tratamiento, individual o grupal, según se trate con un paciente o con varios pacientes.

Dependiendo del enfoque y del tipo de actividad que se vaya a trabajar con el usuario dispondremos de uno u otro tratamiento. Por otro lado, ambos tipos de tratamiento pueden desarrollarse a la vez de forma complementaria, beneficiándose el usuario de unos objetivos mientras realiza el tratamiento individual y de otras completamente distintas al llevar a cabo el tratamiento grupal.

El tratamiento individual o programa individualizado de tratamiento se encuentra diseñado de forma que los usuarios intervengan y participen en la planificación y ejecución del mismo, es decir centrado en el paciente, lo que ayuda a la promoción y crecimiento personal, mejora de capacidades y habilidades, además de superación de factores conductuales que no pueden ser solucionados desde una perspectiva grupal.

No se encuentra planteado para todo tipo de patologías ya que dependiendo del nivel de deterioro en el que se encuentre o del tipo de patología hará posible que se pueda disponer de un tipo de tratamiento u otro.

Por otra parte, el tratamiento grupal se basa en las interacciones interpersonales entre los miembros del grupo, lo que favorece el abordaje de problemas personales e interpersonales en contexto grupal. Al igual que el tratamiento individual, se encuentra centrado en la promoción y crecimiento personal, mejora de capacidades y habilidades, y problemas que se presentan en la vida cotidiana.

El objetivo principal de este tipo de tratamiento es ayudar a resolver distintas dificultades emocionales además de potenciar el desarrollo

personal de los pacientes, ya que los participantes se benefician de la influencia útil que hacen unos miembros sobre otros, ya que el grupo puede convertirse en fuente de apoyo además de poderse sentir identificado por otros miembros a través de temas de debate, pensamientos y sentimientos sobre determinados temas o experiencias. Por otro lado son favorecedores del desarrollo de habilidades interpersonales, problemas afectivos, emocionales, etc.

No se encuentra planteado para todo tipo de usuarios ya que estas deben estar capacitados para beneficiarse del entorno de un grupo, ya que al igual que en el tratamiento individual dependerá del tipo de patología y de su afectación sobre el usuario.

En algunas ocasiones, debido a una patología o a pérdida de habilidades con el paso del tiempo, aparecen hándicaps que pueden hacer que no se alcance el mínimo para realizar dicha actividad, por ello es de suma importancia que se establezca en el proceso un análisis de la actividad, con el fin de obtener dos objetivos, por un lado alcanzar la finalidad de la actividad o finalizarla con éxito, y por otro lado que sea un fin en sí misma, es decir, que a través de ella trabajemos distintas destrezas o habilidades para conseguir objetivos secundarios u ocultos al individuo.

A la hora de analizar una actividad, se debe separar en todas las partes constituyentes comprendiendo así todos sus componentes y nivel de complejidad, ya que se correlacionan con las necesidades de la persona para así poderlas aplicar con una intención.

Los terapeutas ocupacionales son los encargados de analizar y modificar las exigencias o cualidades necesarias para llevar a cabo una

actividad, por lo que en su diseño no solo de las intervenciones sino de los estilos de vida, deben ser siempre trabajando conjunto al paciente o usuario, así provocamos que suponga un desafío lo suficientemente importante como para motivar su participación positiva en la actividad.

En relación, con el sentido y significado que tiene la actividad humana sobre el bienestar emocional Csikszentmihalyi defiende una forma de entender las actividades adaptadas a las capacidades de la persona, proporcionando una sensación de flujo, nace así la teoría del flujo. La experiencia emocional que puede reportarnos durante la participación puede suponer que ese tiempo pase rápidamente, viéndose de una manera agradable (Csikszentmihalyi, 2009).

Esta teoría gira en torno a la búsqueda de la experiencia óptima de los sujetos durante la realización de actividades, basándonos en el pasado de los mismos, capacidades y habilidades que tenga, estableciendo así un equilibrio entre las posibilidades de finalización y las capacidades del sujeto para actuar (Op.Cit.).

Si se le facilita un nivel de desafío alto, adecuado a sus capacidades, se fomentará una profunda implicación en la participación, adquiriendo una retroalimentación positiva y un equilibrio entre las demandas de la actividad y las habilidades del usuario, potenciando la atención y concentración y desapareciendo posibles pensamientos que puedan distraer, además de centrar toda su energía en realizar dicha actividad.

En muchas ocasiones se define la felicidad como base de la calidad de vida en la persona, pero también se necesita de lo que hace uno para estar feliz, desarrollando metas y objetivos que den sentido a nuestra vida, saliendo así a la luz ese sentimiento de satisfacción, por una algo bien hecho a través de la construcción de nuestras propias metas para lograr una vida óptima y desarrollar nuestro potencial a través de nuestra motivación intrínseca, disfrutando de la realización de la actividad y motivando su finalización (Csikszentmihalyi, 2009).

En otras ocasiones, esa falta de tiempo o de sentido ha provocado sentimientos adversos como estrés y disminución de salud física y mental, aumento de las preocupaciones sociales, etc.

Otra de las teorías que supone una evolución en la manera de la comprensión de las actividades es el *Dynamic Occupation in Time Model* (DOiT) que defiende Larson, proponiendo un modelo continuo en cuanto a la actividad y las habilidades relacionadas con el paso del tiempo y las experiencias subjetivas (Well-being). Este modelo sugiere la participación dinámica de los terapeutas en la selección de actividades terapéuticas en los usuarios, además de sugerir posibles formas y estrategias de abordaje, cambiando las experiencias por unas más positivas, ya que supone una alteración de la percepción tanto de la complejidad como del tiempo que llevamos al realizarla (Larson, 2004).

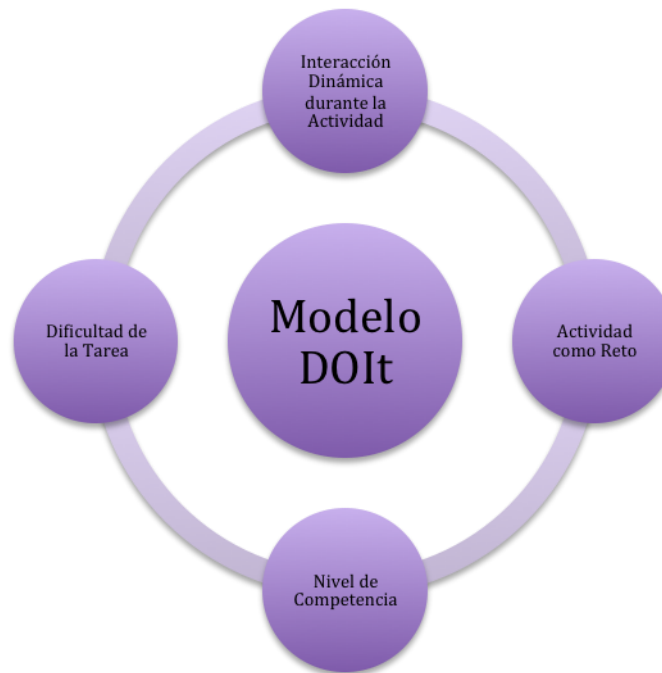


Figura 3. Interacción del Modelo DOiT.

Un ejemplo muy claro en el que podemos ver ese interés o esa forma de ver las cosas es en cuanto abordamos las actividades de la vida diaria (en adelante AVD).

A todos nos gusta ser independientes y no necesitar a nadie que deba hacernos todas esas actividades básicas del día a día, pero si enfocamos desde otro punto de vista la actividad se podrá despertar en el usuario un sentimiento de compromiso ya que desviaremos su energía para aquellas que tenga una mayor necesidad o reciba un feedback tras su finalización (Larson & Von Eye, 2010).

En cuanto hablamos de compromiso, debemos dirigirnos a la complejidad que generamos sólo cuando el usuario participa activamente en la actividad, Flaherty (Flaherty, 1993) propone que algunas actividades provocan una respuesta emocional o un interés intelectual que de forma

conjunta derivan al compromiso, pero éstas a su vez se encuentran muy influenciadas no sólo en sus capacidades y habilidades sino en sus vivencias pasadas, como en ocasiones pasa a la hora de trabajar con animales, aumentando así el estado de flujo.

Centrar el foco de atención para trabajar en un primer plano y evitar despistes, es primordial a la hora de participar de forma experta en la actividad. La dirección hacia la que enfoquemos la atención puede depender en gran medida en las consideraciones emocionales o intelectuales. Sin embargo si hablamos de habilidad como forma de interpretar subjetivamente las demandas de la actividad como por ejemplo en la dificultad de la realización.

La Teoría del Flujo fija las condiciones de que una actividad pueda considerarse terapéutica cuando existe un compromiso, concentración y el usuario tenga las destrezas necesarias para su realización.

Si nos apoyamos en la formulación que Flaherty (Flaherty, 1993) realiza en su tesis, sujeta a contextos válidos, reales y cotidianos, mostrando como las influencias en las interacciones del medio ambiente y la actividad principal suponen variaciones tanto en el compromiso como en la temporalidad de lo percibido, lo que supone una clara influencia de Csikszentmihalyi. Flaherty busca la calidad de la actividad como forma de evocar el interés del individuo en participar en ella a través de una respuesta emocional, pudiendo suponer para algunas personas un reto o desafío, ya sea positivo o negativo, lo que puede provocar un compromiso en cuanto a la actividad (Csikszentmihalyi, 2011).

Durante el proceso anteriormente mencionado, existe un compromiso de la persona relacionado con la percepción, y la selección de estímulos, generando una complejidad y profundidad en la conexión durante su realización (interés, atención, concentración).

Todo ello siempre se encuentra sujeto a la dinámica del día a día y la experiencia vivida por el usuario, pudiendo provocar una modificación en la satisfacción y estilo de vida hasta el momento.

La posibilidad de manejar las variables del contexto, las cualidades de la ocupación y seleccionar al individuo dentro de unos criterios de inclusión del estudio, pueden mejorar la experiencia en cuanto a la teoría del flujo, convirtiéndose en uno de los propósitos perseguidos por Csikzentmihalyi en cuanto a la teoría de la actividad y la temporalidad de desarrollar una continuidad integral en el paciente, además si se le da una perspectiva ocupacional a la actividad y promoviendo una base de investigación aplicable al modelo de ocupación DOiT.

Ambas teorías pueden convivir e interrelacionarse entre sí con el fin de mejorar aspectos relacionados como son la actividad y la experiencia para así mejorar la calidad de vida del usuario.

Debido a que nos encontramos ante una población mayor, personas mayores, las exigencias de las actividades no pueden ser evidentemente las mismas que para un niño, adolescente o adulto, por lo tanto, deberemos regular las habilidades o requisitos que son necesarios para llevarla a cabo, debidos en su mayoría al envejecimiento o a diversas patologías que merman nuestra capacidades y habilidades (Csikszentmihalyi, 2009).

En el contexto grupal, Serpel nos habla de los efectos beneficiosos sobre la salud y el comportamiento humano a la hora de realizar actividades grupales, sus miembros son estimulados para discutir acerca de sus propias vidas, sus problemas y sus sucesos, y es a partir de compartir esas experiencias cuando ellos desarrollan una interrelación entre ellos y aprenden a valorar a los otros. El objetivo que se busca es principalmente la desinhibición, conocimiento mutuo y la creación de un ambiente cercano y de confianza, convirtiéndose el terapeuta ocupacional en un conductor a lo largo de la realización de la actividad. El feed-back que se dan y reciben unos de otros es de gran valor, mucho mayor que el que se obtiene a nivel individual es así que permite trabajar de una forma más activa tanto en la dirección como en el proceso de la terapia (Serpell, 1991) (Wells, 2007).

En otra investigación que comparaba la eficacia de una intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia desde dos grupos, individual y grupal, confirmando que el mismo tratamiento psicoeducativo es más efectivo en un formato grupal que en otro individual, posiblemente influenciado por las variables limitación emocional y el concepto de calidad de vida. A través de los efectos terapéuticos específicos de la terapia grupal, aspectos relacionales y de expresión emocional, recomendando el formato grupal por su mayor eficacia frente al formato individual (García et al., 2005).

Por otra parte, la terapia individual se centra en otros aspectos más individuales de la persona como una actividad mejor centrada en el paciente, desarrollo de las capacidades cognitivas, concentración y capacidad de desenvolverse de forma autónoma sin ayuda (Rizo, 2006).

Otro estudio que compara los dos tipos de intervención, individual y grupal a través de la terapia conductual dialéctica (TCD), a lo largo del tratamiento, la TCD resulta muy positiva en el tratamiento de trastornos de conducta, impulsos, depresión y ansiedad. Durante la duración del estudio se van alternando ambos tipos de intervención para favorecer la efectividad del tratamiento, obteniendo datos muy positivos en ambos tipos de tratamiento como son menor probabilidad de dejar la terapia, comportamientos anormales, menor tiempo de hospitalización además de mayor puntuación en la reevaluación final tras la intervención (Gempeler, 2008).

En el contexto individual, al igual que en la investigación anterior con el uso de la terapia conductual dialéctica o TCD, cuando se realiza en formato de terapia individual se centra en el conjunto de estrategias aplicadas a una jerarquía de objetivos de tratamiento, lo que requieren la estrecha relación y colaboración entre el paciente y el terapeuta. Apoyando al paciente se potencia el cambio a través de la aceptación y autoaceptación para ayudarle a superar sus problemas y reforzar las conductas positivas que fomenten el progreso del tratamiento.

La relación que se establece entre las dos partes se consigue a través del tratamiento individual, centrandose en esa relación como punto de partida (Aramburú, 1996).

Por otro lado, una investigación sobre terapias motivacionales sobre variables psicológicas asociadas al consumo de alcohol desde dos tipos de aplicaciones de tratamiento, individual y grupal, refuerzan la aplicación de

la grupal frente a la individual en cuanto a manejo de variables psicológicas.

Durante esta investigación, se manejaron variables independientes de autocontrol cognitivo y variables dependientes como el nivel de motivación al cambio y expectativas sobre el consumo. En ambos tipos de tratamiento se produjo una disminución significativa de los indicadores de consumo y mejora en la responsabilidad del cambio, pero la intervención grupal obtuvo mayor impacto en las variables psicológicas, motivando que una terapia grupal puede suponer un mejor tratamiento que una terapia individual en variables como la autoeficacia ante una situación de alto riesgo, autocontrol y presión social. Aunque ambos tratamientos son efectivos, se demuestra que la intervención grupal desarrolla cambios mas sólidos, lo que hace disminuir la probabilidad de un comportamiento de riesgo, en este caso frente al consumo de alcohol (Flórez & Gantiva, 2009).

Como conclusión, ambos tipos de tratamiento individual o grupal, se podría afirmar que tanto uno como en otro se obtienen resultados positivos según el enfoque sobre el que estemos trabajando, en este caso, en variables psicológicas tendrá mayor influencia o refuerzo por parte de un grupo, lo que aumenta el nivel de eficacia de la intervención grupal. Sin embargo si estamos trabajando sobre variables que requieren de una atención o concentración concretas o que necesitan de una supervisión continua y una estrecha relación con el terapeuta se obtendrá una mayor eficacia la intervención individual.

4.4 Terapia Ocupacional con personas mayores

La formación de un equipo asistencial adecuado es la clave fundamental para ofrecer al usuario geriátrico una atención integral, la cual nos permita a través de las características del usuario poder diseñar un plan de intervención adecuado o personalizado para cada caso.

La persona mayor es un paciente complicado, debido a que requiere de más de una disciplina que pueda englobar todas las facetas física, funcional, psicológica y social, además de requerir una serie de conocimientos, habilidades y capacidades puestas en común entre los distintos profesionales de la salud.

El hecho de que un equipo multi-disciplinar sea un apartado importante dentro del abordaje de la persona mayor es debido a que aporta una visión distinta cada profesional acerca de un área común, pudiendo intercambiar información y puntos de vista en la colaboración y puesta en marcha de un plan de tratamiento (Calenti, 2010).

Los principios fundamentales en los que se basa la terapia ocupacional está compuesto por un conjunto de teorías que incluyen conceptos fisiológicos, conductuales, psicodinámicos y cognitivos que se pueden usar en una gran variedad de abordajes para trabajar con personas mayores de forma satisfactoria, cuyos elementos como son la valoración, revisión, análisis y resumen ayudan a la identificación de los objetivos tanto a corto, medio y largo plazo, apropiados a los métodos de tratamiento.

El papel que cumple la terapia ocupacional en el ámbito de la gerontología y geriatría no es otro que el uso de las actividades de forma terapéutica con el fin de aumentar la independencia, reforzar el desarrollo y prevenir la discapacidad, lo que la transforma en esencial en este ámbito (Willard & Spackman, 2005).

Existen varios enfoques desde los cuales se puede desarrollar:

- Preventivo: mantenimiento de la salud y prevención del declive funcional.
- Adaptador: a través de estrategias compensadoras para mejorar la calidad de vida.
- Recuperador: con el uso de técnicas rehabilitadoras para recuperar la función máxima de la persona mayor.

Si consideramos la vejez como una etapa más de la persona por la que se debe pasar, la terapia ocupacional juega un papel muy interesante en la prevención del rápido e irreversible deterioro tanto físico como psíquico que se produce en los centros de mayores. Es por lo que usan la ocupación como medio para maximizar las competencias de los mayores y su integración con el medio, promoviendo su autonomía y bienestar y mejorando así su calidad de vida (Berrueta, Ojer & Trébol, 2009).

Los objetivos principales que un terapeuta ocupacional tiene en el ámbito de la geriatría y gerontología son los siguientes:

- Formar parte del equipo multidisciplinar del centro.
- Realizar una valoración funcional global del residente (físico, cognitivo, social y autonomía en AVD) y posibles ayudas técnicas que necesite.
- Planificar, supervisar y realizar los programas de terapia ocupacional a través de las actividades seleccionadas.
- Planificar un tratamiento en terapia ocupacional.
- Rehabilitación de destrezas sensorio-motoras, cognitivas y psicosociales.
- Entrenamiento en AVD.
- Entrenamiento en prótesis y ayudas técnicas.
- Diseño y entrenamiento en férulas, órtesis y ayudas técnicas.
- Planificación y realización de actividades de ocio terapéutico.
- Entrenamiento y reeducación en ergonomía.
- Adaptación al entorno.
- Seguimiento y evaluación del tratamiento.

- Formar e informar a personal auxiliar en la realización de transferencias y AVD.
- Formar e informar a los familiares de usuarios de los programas que se llevan a cabo.
- Participar en las iniciativas del centro.

El terapeuta ocupacional interviene directamente sobre el usuario realizando una valoración global y una intervención dirigida hacia la mejoría de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, ya sean básicas, instrumentales o avanzadas, y en el ámbito externo participando en el diseño y adaptación del medio para facilitar la actividad (Kielhofner, 2006).

Siempre irá dirigida hacia conseguir el máximo grado de independencia del paciente para conseguir la autonomía en las AVD usando como medio la actividad intencionada, es decir, con propósito, por ello en el campo de actuación de la geriatría y gerontología, la forma en la que adaptemos el entorno o dotemos de ayudas técnicas a los usuarios supondrá un elemento facilitador en la ejecución de la acción (Llobet, Ávila, Farrás & Lluch, 2011).

Debido a que nos encontramos en una etapa de la vida en la que se produce un contexto personal de pérdidas, ya sean propias o ajenas, muchas personas mayores lo consideran como el capítulo antes del fallecimiento, es por ello por lo que reforzar o promover los cuidados personales y la independencia funcional refuercen el sentimiento de

competencia, la necesidad de mayor autonomía y el autocontrol de su propia vida (Kielhofner, 2006).

Esta estimulación y tratamiento desde la terapia ocupacional influye positivamente tanto en las AVD como en las relaciones sociales, ya que a medida que los usuarios ven u observan como progresan o existe una evolución positiva en la intervención ayuda a que se motiven, continúen y suponga para ellos una significación extra al verse más independientes que antes de la intervención.

La rehabilitación o compensación de déficits que se producen en aquellas personas que presentan múltiples disfunciones, físicas, cognitivas, sociológicas, provoca que el terapeuta ocupacional trate todo tipo de disfunciones combinadas, siendo la pluripatología algo común en este campo (Willard & Spackman, 2005).

Además, en todo el proceso debe de ir incluido las reevaluaciones periódicas, junto con la nueva recogida de datos para planificar las prioridades, las cuales marcarán la guía de cómo debe continuar el programa terapéutico del usuario.

Otra característica importante a recalcar y tener en cuenta es la tendencia a la cronicidad y a la discapacidad de las enfermedades que van evolucionando en el anciano, por ello obliga a los terapeutas a requerir de una intervención preventiva de posibles deterioros futuros y un seguimiento a largo plazo para poder asegurar que esos objetivos se están alcanzando y que se mantienen en el tiempo (Durante & Pedro, 2010).

Los profesionales de la geriatría, en este caso los terapeutas ocupacionales, deben estar preparados para intervenir en la combinación de trastornos que afectan a todas las esferas de la persona, lo que dificulta el reconocimiento de trastornos complejos del anciano, amplia formación para diseñar planes de intervención que engloben problemas físicos y psíquicos, teniendo en cuenta el entorno en el que se desenvuelven y que en la mayoría de los casos presentan disfunciones graves tanto funcionales como mentales, por lo que debe poseer el anciano capacidades cognitivas para planificar la actividad, capacidad motora para llevarla a cabo y capacidad afectiva para implicar motivación en la misma. Otras barreras que nos encontramos son limitaciones en movilidad, estados psico-afectivos bajos y la implicación social para realizar trabajos grupales.

Uno de los roles más importante del terapeuta es ayudar al mayor a afrontar las limitaciones, aceptar la discapacidad, adaptarse a un cambio corporal y funcional y a desarrollar un nuevo sentido del yo. Todas aquellas capacidades y cambios no solo debidos a la enfermedad sino también a la edad deben ser reconocida con la necesidad de que la persona acepte y reoriente su vida junto con esas limitaciones (Del Riego, 2005).

A la hora de evaluar a la persona mayor, podemos definirlo como un proceso completo de recogida de datos y su posterior análisis crítico para configurar la intervención ocupacional, por ello es muy importante utilizar distintos procedimientos que midan distintos valores ya sean conductas, sociales, etc.

Encontrándonos ante este tipo de población, personas mayores, podemos considerarlo un tipo de evaluación variable, existiendo multitud de posibilidades a la hora de abordar y de utilizar distintos procedimientos,

aunque compartirán siempre el mismo objetivo independientemente de hacia quien vaya dirigido, que no es otro que la búsqueda de la mejora de calidad de vida desde los puntos de vista funcional, psicológico y social.

En cuanto al método de evaluación general del usuario para conocer el estado actual en el que se encuentra como punto de partida, mantenemos la misma estructura que se conforma de revisión de registros de documentación clínica (diagnósticos clínicos, trastornos asociados, medicación), entrevista (identificar objetivos y prioridades del paciente, relación terapéutica), observación del desempeño ocupacional (habilidades de desempeño, demandas de la actividad, contexto) y aplicación del procedimiento (intervención, planificación).

A continuación se va a establecer los principales objetivos y tratamientos para las patologías más comunes que se encuentran asociadas a las personas mayores y que por consiguiente son mayoritarias en la presente investigación (Durante & Pedro, 2010):

Principales Patologías en Geriatría

Objetivos principales		Tratamiento
Ictus Cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los déficits sensorio-motores, perceptivos y cognitivos. • Facilitar la aceptación y ajuste a la discapacidad. • Potenciar su independencia en las AVD. • Potenciar la motivación y la resocialización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento postural. • Uso de productos de apoyo. • Adaptación del entorno o inmueble. • Actividades funcionales.
Patología Osteoarticular	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o mantener la movilidad articular. • Evita deformaciones a través de un buen control postural. • Re-entrenamiento en AVD. • Incrementar la fuerza en la musculatura periarticular (activo, activo-asistido o pasivo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento ortésico. • Adaptación del entorno o inmueble. • Prevención de deformaciones y estabilización de la articulación. • Rehabilitación de forma global para mantener la movilidad y evitar la inactividad.
Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Re-entrenamiento en AVD. • Re-entrenamiento en el lenguaje oral y comunicación general. • Mantener la independencia para permitir al usuario desenvolverse con la mayor normalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento postural en sedestación y en movimiento. • Tratamiento ortésico. • Actividades funcionales que potencien su coordinación. • Tratamiento farmacológico.
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • Re-entrenamiento en AVD. • Potenciar la motivación y la resocialización. • Adecuación ambiental y estructuración del entorno. • Orientación a la realidad. • Potenciar las capacidades psicomotrices del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación cognitiva y funcional. • Musicoterapia. • Entrenamiento sensorial.

Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir en un contexto estimulante. • Fomentar el establecimiento de rutinas y roles adecuados. • Promocionar la toma de control del individuo sobre la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorientar su atención de los pensamientos negativos. • Potenciar las actividades asociadas a las relaciones sociales.
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener o incrementar la fuerza muscular para trabajar el re-entrenamiento. • Potenciar la resistencia para conseguir mayor independencia en la ejecución del movimiento. • Reducir inflamación y dolor. • Incrementar la fuerza en la musculatura periarticular (activo, activo-asistido o pasivo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de hábitos nocivos (alimentarios, sedentarismo). • Rehabilitación de forma global para mantener la movilidad y evitar la inactividad. • Estudio de riesgo para la adecuación de la vivienda en el caso de existir factores de riesgo.
Incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar las capacidades psicomotrices del usuario. • Adecuación ambiental y estructuración del entorno. • Proporcionar los productos de apoyo necesarios que faciliten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir el nivel máximo de independencia del usuario en las actividades relacionadas con la continencia. • Potenciar participación en actividades de relajación y equilibrio emocional.
Déficit sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar su independencia en un medio adaptado. • Proporcionar los productos de apoyo necesarios que faciliten. • Potenciar la motivación y la resocialización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades funcionales que potencien su coordinación. • Rehabilitación de forma global para mantener la movilidad y evitar la inactividad.

Tabla 2. Principales Patologías en Geriátría (Extraída de Willard & Spackman 2005).

4.5 Terapia Ocupacional y Bienestar psicológico

La terapia ocupacional tiene un papel relevante en la satisfacción con la vida, el bienestar, que ha sido puesto de manifiesto al considerarse que la participación en las actividades de la vida diaria según Zimmer, Hickey y Searle (Zimmer, Hickey & Searle, 1995) defienden que es uno de los mejores indicadores de ajuste psicológico y satisfacción en la vida, bajando niveles de estrés y síntomas depresivos (Janke, Son & Payne, 2009).

Además, Harlow y Cantor en 1996 sugieren que las AVD mejoran el bienestar independientemente de las variables sociales, que promueven el bienestar en cualquier contexto y en cualquier momento. Dado que en las personas mayores suelen abandonar y perder roles y actividades sociales esto podría afectar a su percepción de bienestar y sentido de competencia ocupacional. Además, las actividades de comunicación, ocio y tiempo libre, y el uso de servicios comunitarios, también tienen un alto componente social. Incluso la construcción del conocimiento y las actividades creativas pueden ser sociales y facilitadas por la interacción y participación en grupo. La participación social también se ha relacionado con el bienestar y promoción de la salud en las personas mayores (Andonian & MacRae, 2011).

Por lo tanto, se crea una relación entre las acciones de las personas con el significado de las experiencias realizadas, lo que supone una asociación satisfactoria emocional y cognitivamente, adaptándose a los cambios de circunstancias y aportando una flexibilidad con respecto a la hora de realizar la actividad.

4.6 Bienestar Emocional

A pesar de lo previamente mencionado, pocos trabajos que se centran en la aplicación del concepto de bienestar emocional y sentido de autoeficacia en personas mayores con el tipo de actividad, grupal o individual y su repercusión para los programas de intervención de terapia ocupacional. En la revisión de la literatura se ha encontrado un estudio cualitativo (Larson, 2004) sobre *Mindfulness* y personas mayores publicado recientemente. La propuesta del Modelo de Ocupación Dinámica en el Tiempo (*Dynamic Occupation in Time Model DoiT*) (Martín & Doswell, 2012) facilita la posibilidad de realizar un análisis de la ocupación en función de distintas características de las mismas: calidad de la ocupación, nivel de emoción, requisitos cognitivos, complejidad de los estímulos, densidad de la experiencia, temporalidad y experiencia, pero no profundiza en los aspectos que pueden facilitar el sentido de competencia personal o autoeficacia y el bienestar emocional. Normalmente es referido a una situación en la que cuestiones como el dinero, salud, ocio y fuertes lazos sociales son necesarios para llegar a dicho estado y así vivir de una manera más cómoda.

Debido a que cada persona tiene una propia visión de bienestar, podemos entender que es aquello que nos hace feliz y nos llenan plenamente.

Dentro de los distintos tipos de bienestar que se pueden estudiar, el bienestar general, ha sido utilizado durante mucho tiempo como sinónimo de bienestar subjetivo. El bienestar psicológico proviene de la reacción inmediata de las emociones, expresando tanto los sentimientos positivos

como el constructo del ser humano del sí mismo, experiencias subjetivas y aspectos del funcionamiento físico, psicológico y social (Rosa & Quiñones, 2012).

Muy vinculado a los estados transitorios de ánimo y, por lo tanto, a la esfera emocional, se encuentran la personalidad como circunstancias medioambientales y las interacciones complejas como influencias a distintos niveles de salud y bienestar (García & González, 2000).

A través de la relación entre el bienestar psicológico con el resto de categorías sociales para identificar una definición de bienestar o de felicidad humana debido a que colinda con otras categorías psicosociales y sociológicas, dicha delimitación se dificulta. Por ello analizamos desde un ángulo psicológico estableciendo contactos con otras categorías sociales como estilos de vida, modos de vida, nivel de vida, condiciones de vida, etc....

Otra forma de identificarlo es a través de la experiencia humana vinculada al presente añadiéndose la perspectiva del futuro, es así cuando surge el balance entre las expectativas creadas y el logro o satisfacción (vivienda, saneamiento ambiental, transporte, alimentos, comunicación, etc....).

La relación existente entre el tipo de actividad: grupal o individual (adaptada a las capacidades y habilidades de la persona), la auto-eficacia (forma de pensar, sentirse o actuar asociados al pensamiento) y el bienestar (conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona) en las personas mayores de 65 años, constituyen los tres pilares en los que se apoya el presente estudio.

Según las variables personales que defiende Bisquerra, afirmando que las personas que son extravertidas y felices tienen más facilidad a la hora de establecer amistades y conservarlas, mostrando un aprendizaje más rápido en actividades grupales, situándose emocionalmente más estables, lo que podría medirse como una posible variable o condicionamiento del estudio con respecto a las ocupaciones grupales, o de alguna manera potenciar dichas capacidades o habilidades que puedan suponer una mayor adaptación en la intervención (Álvarez, Palacio & Alba, 2014).

Existe poca bibliografía en cuanto a la importancia de la participación social en el bienestar, Andonian y MacRae demuestran el impacto positivo en la salud y bienestar con la participación social a través de las relaciones con los amigos y compañeros, pudiéndose sugerir a la actividad como forma de conferir beneficios de supervivencia a través de las vías psicosociales. Participación social y envejecimiento saludable van de la mano, y estos reflejan compromiso de la terapia ocupacional en pacientes de elevada edad o mayores, convirtiéndose la ocupación en un medio para llegar a un bienestar positivo que aumenta la independencia de la persona y su salud (Andonian & MacRae, 2011).

Podemos resumirlo en un triángulo, situando en el centro la participación social y como influencias la aceptación de los cambios, el sentido de pertenencia al grupo y el envejecimiento activo.



Figura 4. Interacción de la Participación Social y el Bienestar Emocional.
(Extraído de Andonian y McRae 2011).

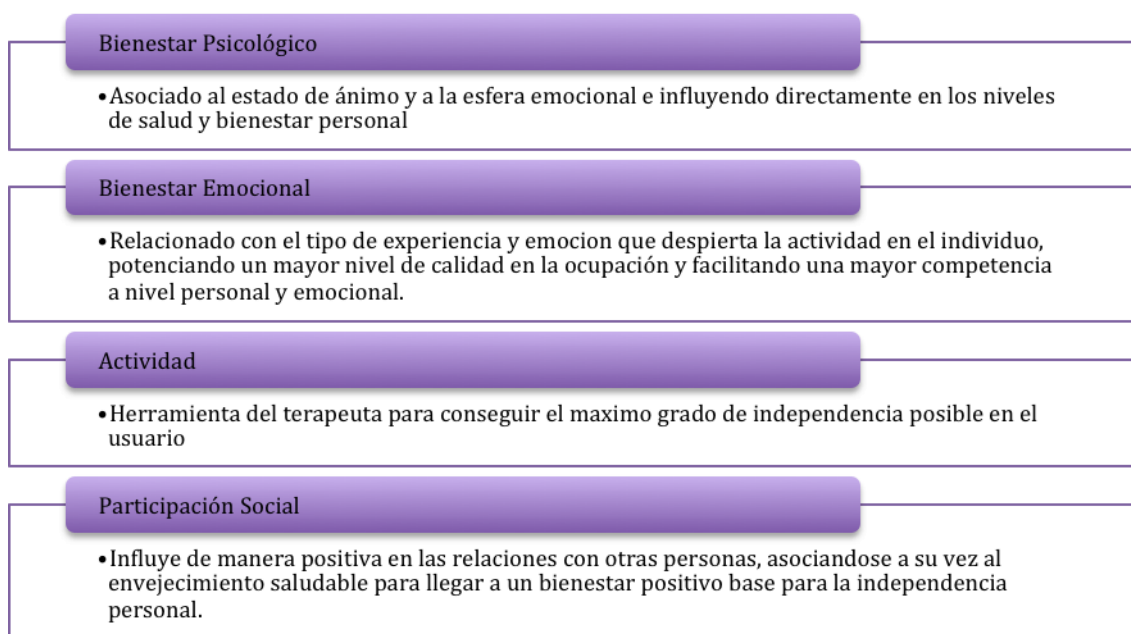


Figura 5. Esquema de conceptos Bienestar y Terapia Ocupacional.

En el presente capítulo se ha realizado una revisión a los orígenes de la Terapia Ocupacional hasta nuestros días, tanto de forma internacional y

sus influencias en los sistemas sanitarios y su implantación en diferentes ámbitos, además de reforzar el uso de la actividad como medio terapéutico en la recuperación de la independencia de los pacientes.

La creación de diferentes hospitales o centros destinados a tratar distintas enfermedades tanto físicas, psicológicas o sociales ampliaron el campo de actuación el terapeuta ocupacional.

También se hace una breve descripción sobre como debe ser la actividad para que sea terapéutica y los dos tipos de actividad que son usadas durante la investigación, individual y grupal, y su relación con el bienestar emocional a través de la teoría del flujo y la experiencia emocional, y del modelo DOiT y la experiencia subjetiva. Que una persona tenga un bienestar psicológico positivo puede suponer que muestre unos niveles de satisfacción y bienestar mayor con respecto a otra que se encuentre decaída y emocionalmente no sea estable.

Por otra parte, la terapia ocupacional se encuentra más limitada en el campo de la geriatría, cambiando la forma de trabajar, las herramientas, actividades y la forma de enfocar la atención integral del mayor, lo que supone una búsqueda de la máxima calidad de vida con las habilidades y capacidades residuales que mantiene el usuario debido a su pluripatología.

En el próximo capítulo se expondrán la justificación de por qué se realiza la presente investigación, explicando brevemente los objetivos y las variables medidas en la comparación de los dos tipos de intervención en los que se fundamenta, individual y grupal, y su perspectiva desde la terapia ocupacional.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

III. MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 6. JUSTIFICACIÓN

Una de las necesidades más importantes del individuo es la de conservar el sentimiento de autonomía a la vez que se integra plenamente en un grupo, pudiendo así satisfacer algunas expectativas como los roles, la relación con los miembros del grupo, la cohesión y una cultura compartida dentro del grupo (Willard & Spackman, 2005).

La terapia ocupacional se sirve y utiliza la actividad como forma de promover la independencia en las diferentes áreas que engloban al ser humano y en la que se centra el presente estudio (Durante & Pedro, 2010).

El objetivo de este trabajo es comprobar de qué manera se ven influenciados el bienestar psicológico y la autoeficacia general a través de dos tipos de intervención, terapia individual y terapia grupal, y comprobar que tipo de intervención consigue mejores resultados en las personas mayores.

La investigación sobre qué tipo de actividad a usar siempre ha sido motivo de discusión por parte de los profesionales de la salud ya que siempre se han podido buscar unos objetivos u otros según el paciente y patología, por lo que existen detractores de ambos enfoques. Por otra parte, y como se ha demostrado en el campo de la geriatría a través de las teorías psicológicas del envejecimiento, tal y como nos descubre Cummings y Henry en 1961, las personas tienden a desvincularse socialmente,

perdiendo no solo los roles sino también las relaciones sociales que mantuvieron durante su vida, provocando que su estado anímico y de confianza en sí mismos descienda (Cummings & Henry, 1961).

Los cambios que se van acompañando a la persona durante el envejecimiento suelen resolverse con efectos contrarios a la independencia de la persona, lo que desemboca en una persona más dependiente por el simple hecho de que no se ve capaz, ya sea por miedo o por incapacidad física, de poder llevar a cabo esa actividad (Olivari & Urrea, 2007).

Las personas mayores reducen su actividad por problemas secundarios de la enfermedad, algo que se ve más acentuado en el ámbito de las residencias de mayores, a lo que sumamos la errónea idea social en lo relativo a que en centros de este tipo existe el derecho a que te lo hagan todo a pesar de tu poderlo realizar, con mayor o menor dificultad, de forma autónoma o de la mejor manera posible (Muñoz, 2002).

El terapeuta ocupacional debe luchar contra esta idea totalmente errónea impuesta por la sociedad demostrando que sea la edad que sea y el tipo de centro siempre se debe promover la independencia y la autonomía de la persona, más allá de la patología y edad del sujeto.

Sobre las investigaciones de cada variable mencionada anteriormente existen multitud de estudios que aportan distintos enfoques, incluida la terapia ocupacional como menciona Munne (Munne, 1995).

Sin embargo, no todas las perspectivas mencionadas en el estudio se encuentran juntas e interrelacionándolas en una misma investigación junto con los dos tipos de actividad, individual y grupal, lo que lleva a pensar la

posibilidad de incluir ambas y compararlas para ver los posibles efectos que se pueden producir (Holmila et al., 2014).

Al igual que artículos publicados una u otra modalidad de tratamiento según la actividad, existen libros o manuales sobre cómo enfocar la actividad en busca del objetivo según el paciente y la significación que pueda mostrarse, permitiendo la participación a la hora de elegirlos y su forma de adaptarlos, potenciando la auto-iniciativa, participación física y mental en el proceso de tratamiento (Willard & Spackman, 2005). Es por eso por lo que se hace necesario llevar a cabo una investigación experimental de carácter inferencial dividida en dos grupos según tipo de actividad, individual y grupal, y analizando la autoeficacia, bienestar y realización de las AVD.

Este cambio de mentalidad con respecto a la forma en la que realizar las actividades, podría conllevar no solo una nueva vía de conocimiento para los futuros profesionales sino un cambio en la perspectiva del enfoque en la terapia ocupacional, englobando objetivos, intervención y resultados de los mismos, pudiéndose aplicar a distintas poblaciones y obtener datos o resultados semejantes como muestran los estudios referenciados en la bibliografía (Andonian & MacRae, 2011) (Martin & Doswell, 2012) (Kielhofner, 2007) (Csikszentmihalyi, 2009) (Larson & Von Eye, 2010).

Por tanto, la explicación al porqué de nuestro estudio reside básicamente en la necesidad cuantificar la diferencia en cuanto efectividad que podemos encontrar en los dos grandes tipos de actividad, individual o grupal, desde la perspectiva de la terapia ocupacional, a través de los datos obtenidos desde las variables bienestar psicológico, autoeficacia general e independencia en el desarrollo de las AVD (Willard & Spackman, 2005).

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 7. OBJETIVOS

Objetivos

- Principal:
 - Comprobar si hay diferencias en cuanto a los efectos de la terapia ocupacional individual y grupal en las personas mayores sobre el bienestar psicológico, autoeficacia y realización de las AVD.

- Secundarios:
 - Comprobar si mejora el bienestar psicológico y la autoeficacia general con el tratamiento de terapia ocupacional en las personas mayores.
 - Comprobar si mejora o se mantiene el nivel de independencia personal en las personas mayores con el tratamiento de terapia ocupacional.
 - Comprobar si mejora o se mantiene el estado cognitivo y el estado de ánimo en las personas mayores con el tratamiento de terapia ocupacional.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 Población muestra

Se entiende por concepto de persona mayor, generalmente mayor de 70 años, como aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida y que antecede al fallecimiento de la persona. Es precisamente durante esta última etapa cuando el cuerpo y las facultades cognitivas de la persona se van deteriorando.

Durante este último periodo se abordará la prevención y rehabilitación de enfermedades asociadas a la edad como pueden ser osteoporosis, artrosis, cataratas, etc.

Actualmente se estima que se cuenta con una población de personas mayores en la provincia de Málaga de 568.479, según el Instituto Nacional de Estadística, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% (Mapa de Trabajo Social de Málaga, 2012).

8.2 Procedimiento de muestreo

De esta manera, la muestra objeto del estudio está formada por un muestreo probabilístico e intencional al que se tiene fácil acceso por el lugar en el que se encuentran, entendiendo que la muestra seleccionada desde el punto de vista del investigador supone la más representativa aunque no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos,

adoptando un perfil de usuario a través de los criterios de inclusión y exclusión adoptados para procurar que la selección de sujetos sea, en la medida de lo posible, una muestra representativa.

Por otra parte, al denominarse intencional se muestra deliberada el esfuerzo por obtener una muestra representativa mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos, seleccionándolos indirectamente el grupo al que se adjudican según tipo de tratamiento.

8.3 Características de la muestra

Según los cálculos de tamaño muestral para el contraste de hipótesis de medias, con una potencia del 80%, se ha estimado que serían necesarios 74 participantes en total; 37 en cada grupo (individual y grupal).

	Tipo de Actividad	
	Frecuencia	Porcentaje
Actividad Individual	37	50
Actividad Grupal	37	50
Total	74	100

Tabla 4. Reparto de muestra según tipo de intervención.

Los datos muestran el reparto equitativo entre ambos tipos de tratamiento siendo del 50%, lo que corresponde inicialmente a 37 participantes.

Tipo de Actividad (Recuento)			
	Mujer	Hombre	Total
Actividad Individual	29	8	37
Actividad Grupal	27	10	37
Total	56	18	74

Tabla 5. Estadística reparto de muestra según tipo de actividad.

En cuanto al reparto por tipo de actividad según el número de hombres y mujeres en cada uno de ellos está distribuido de una manera homogénea en ambos grupos con un Chi-cuadrado de $p=0,588$.

Las personas que participaron en la investigación fueron un total de 74, todas ellas dentro de un rango de edad entre 78 y 95 años, con una edad media de 85 años. Únicamente 4 participantes fallecieron durante la realización del tratamiento por diversas causas que no afectaron en la equiparación de ambos grupos.

Edad	
N (Valido)	70
N (Perdidos)	4
Media	85,46
Moda	84
Desviación Estándar	4,028

Tabla 6. Análisis descriptivo según edad.

En cuanto al sexo, mayoritariamente mujeres, no se mencionarán posibles diferencias en cuanto a esta variable independiente, ya que no existe igualdad en cuanto a número de participantes, 50% hombres y 50% mujeres.

Si atendemos a las diferencias en cuanto a edad comparando cada uno de los grupos se muestran los siguientes datos de muestra.

Edad (Estadística de grupo)				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Actividad Individual	37	85,22	4,00	0,65
Actividad Grupal	37	85,57	4,04	0,66

Tabla 7. Estadística de muestra según edad y tipo de actividad.

Analizando las diferencias estadísticas entre ambos grupos por edad, podemos ver que son muestras muy similares por lo que se asumen varianzas iguales con un valor $p=0,709$ en la prueba t para la igualdad de medias de muestras independientes.

Sexo			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
Mujer	54	73,0	77,1
Hombre	16	21,6	22,9
Total	70	94,6	100
Perdidos Sistema	4	5,4	

Tabla 8. Análisis descriptivo según sexo.

Según el sexo, se ve la clara diferencia en la asimetría en cuanto a número de mujeres 77,1% y de hombres 22,9% de la muestra (porcentaje válido), moviéndose en una media de 85 años, y con una clara mayoría de mujeres con respecto a hombres en ambos grupos de intervención.

Sexo (Recuento)			
	Mujer	Hombre	Total
Actividad Individual	29	8	37
Actividad Grupal	27	10	37
Total	56	18	74

Tabla 9. Estadística de muestra según sexo y tipo de actividad.

En la tabla anterior se puede ver el reparto por sexo según el tipo de actividad, siendo a su vez muy homogéneo el reparto, mostrado a través del valor de Chi-cuadrado de $p=0,588$.

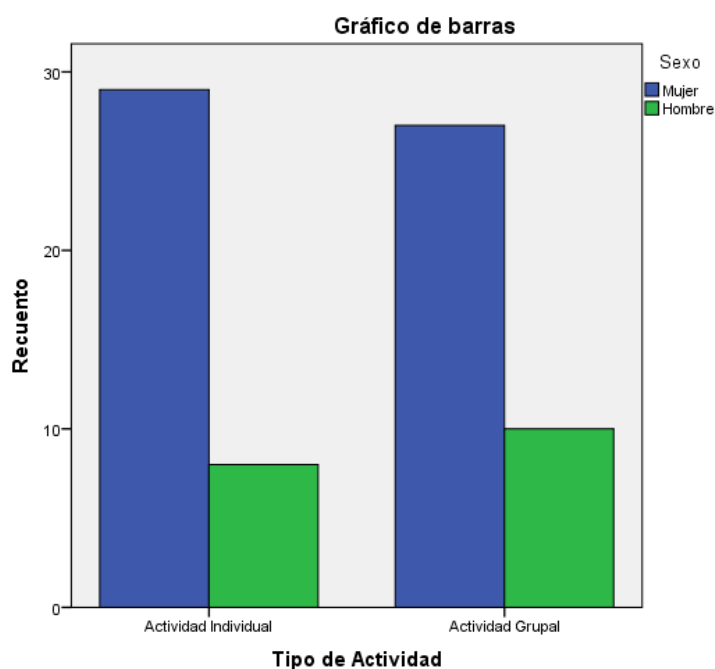


Figura 5. Comparativa de sexo según tipo de actividad.

Con respecto al nivel educativo de la muestra seleccionada la moda se encuentra en el nivel básico o primaria con una media de 1,59, en la que se reparten las puntuaciones entre nivel 1 estudios de primaria con un 55,7 %, nivel 2 estudios de secundaria con un 30% y nivel 3 estudios

universitarios con un 14,3%. Se podría entender dada la dificultad con la que se encontraba la población con la que se trabaja y la época en la que comenzaron a ocupar sus vidas y atender sus necesidades.

Nivel Educativo				
	Primaria	Secundaria	Universitario	Total
Actividad Individual	23	9	5	37
Actividad Grupal	18	14	5	37
Total	41	23	10	74

Tabla 10. Análisis descriptivo según nivel educativo.

La homogeneidad de la muestra en cuanto al reparto según el nivel educativo presentado en cada uno de los grupos de intervención se ve reflejado en la Chi-cuadrado con un valor de $p=0,428$.

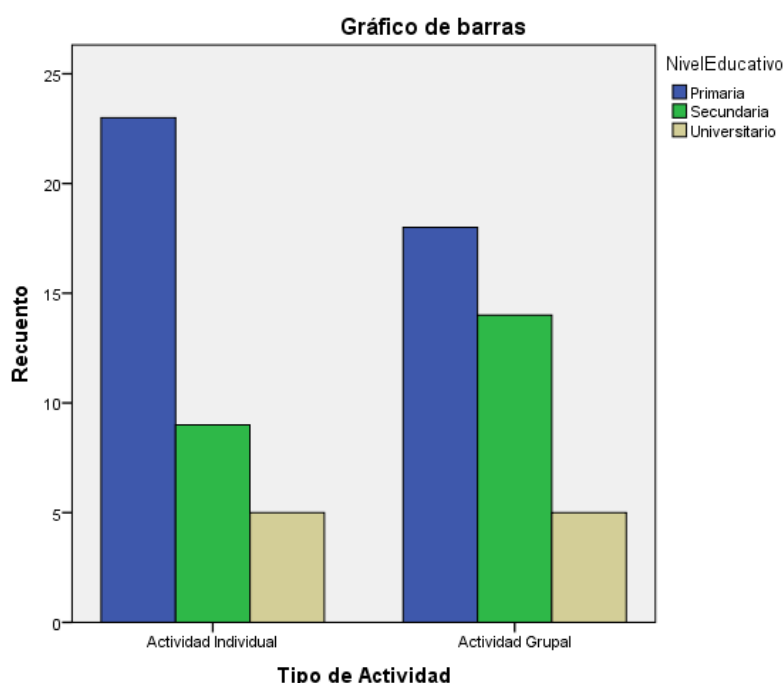


Figura 6. Comparativa de nivel educativo según tipo de actividad.

A través de todos los datos mostrados anteriormente en los análisis descriptivos y comparativas de las diferentes variables tipo de actividad, edad, sexo y nivel de estudios. No existen diferencias en la distribución de estas variables sociodemográficas en ambos grupos.

8.4 Reclutamiento

La muestra reclutada a través de los centros que cooperaron en la realización de la investigación era de 112 sujetos, que tras una anamnesis inicial se descartaron 38 por no cumplir los criterios de inclusión que se exponen a continuación:

- Mayores participantes con la capacidad de leer y comprender por si mismos: **18 sujetos no cumplieron este criterio.**
- Poseer un nivel cognitivo óptimo con un punto de corte de > 22 (MEC): **20 sujetos no cumplieron este criterio.**
- Firmar el consentimiento informado (ver anexo 1).
- Aceptar cumplir con las recomendaciones de la investigación.

Tras finalizar el proceso de reclutamiento a través de los criterios de inclusión fijados anteriormente, se realizó un análisis estadístico de grupo con el fin de comprobar la varianza entre los distintos grupos de intervención con el fin de ambos grupos fueran homogéneos en cuanto a las puntuaciones mostradas en el MEC, mostrando los siguientes datos:

Estadística de grupo PRE MEC				
	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Actividad Individual	35	25,17	3,861	,653
Actividad Grupal	35	25,06	3,850	,651

Tabla 11. Comparativa PRE MEC entre tipos de actividad.

Se asume una varianza igual para la prueba de muestras independientes con un valor de $p=0,902$ reforzando lo anteriormente reflejado en el análisis estadístico de la muestra en forma de homogeneidad de ambos grupos según tipos de tratamiento.

Todas aquellas personas que no cumplieron los criterios de inclusión en el estudio y que no fueron admitidos en estas sesiones de trabajo, continuaron en el programa de terapia ocupacional al que pertenecían.

Los criterios de exclusión en el estudio fueron los siguientes:

- Pluripatología que impida la participación en las actividades.
- Hipoacusia.
- Déficit visual agudo.
- Deterioro cognitivo muy avanzado.
- Claudicación intermitente.
- Miedo a los animales.
- Faltar a más de 3 sesiones durante el estudio sería motivo de expulsión.

8.5 Variables

Las variables analizadas en el estudio son las siguientes:

- Variables Sociodemográficas:
 - Sexo: cualitativa dicotómica (H ó M).
 - Edad: cuantitativa (Años).
 - Nivel de estudios: cualitativa (Primaria, Secundaria o Universitarios).
- Variable Independiente:
 - Metodología de la Terapia Ocupacional: cualitativa dicotómica (Individual o Grupal).
- Variables Dependientes:
 - Autoeficacia General: Escala de Autoeficacia General (EAG).
 - Bienestar Psicológico: cuantitativa (Ryff).
 - Independencia Personal: cuantitativa (Barthel).
 - Estado de Ánimo: cuantitativa Escala de Depresión Geriátrica (GDS).
 - Estado Cognitivo: cuantitativa (Mini Examen Cognoscitivo de Lobo).

8.6 Instrumentos

Para este estudio se utilizaron:

1. **Escala de Bienestar Psicológico** desarrollada por Ryff y adaptada al español por Van Dierendock (Diaz et al., 2006) compuesta por la versión completa de 39 ítems, de respuestas tipo Likert 1-6, en la que el valor 1 es totalmente en desacuerdo y 6 es totalmente de acuerdo.

El objetivo principal de este test es medir el grado de bienestar psicológico de la persona. En su versión original la escala cuenta con seis dimensiones:

- Auto-aceptación.
- Propósito en la Vida.
- Relaciones Positivas con otras personas.
- Autonomía.
- Dominio del Entorno.
- Crecimiento Personal.

La totalidad de las escalas presentan una buena consistencia interna, con valores del α de Cronbach entre 0,78 y 0,81 (Diaz, et al., 2006) (ver anexo 2).

2. **Escala de Auto-Eficacia Generalizada** (EAG) de Schwarzer y Jerusalem (1995) y adaptada al español (Baessler & Schwarzer, 1996). Se trata de una escala auto-informada de 10 ítems diseñada para evaluar la auto-eficacia general formato tipo Likert 1-4, en la que 1 es muy

desacuerdo y 4 es muy de acuerdo. Está diseñada para una gran variedad de situaciones y adaptada a varios idiomas, incluido el castellano.

El objetivo principal de este test es medir el grado de autoeficacia generalizada de la persona a través de 10 afirmaciones con cuatro posibles respuestas mencionadas anteriormente, en la que se marca la opción de respuesta que refleja mejor lo que la persona opina o piensa.

Existe suficiente evidencia de su validez de constructo, confiabilidad test-retest y consistencia interna (Alpha Cronbach 0,84) (Sanjuán, Pérez & Bermúdez, 2000) (ver anexo 3).

3. *Escala de Barthel*, o también llamada “Índice de Discapacidad de Maryland, creada por Barthel y Mahoney en 1965, está traducida al español. Se encuentra formada por una serie de 10 ítems evaluados con una serie de baremos de puntuación según corresponda, pudiendo variar desde 0 (completamente dependiente) a 100 (completamente independiente), lo cual nos ayuda a conocer cuáles son las deficiencias físicas de la persona para intervenir y facilitar su evolución positiva.

El objetivo principal de este test es medir el nivel de dependencia en la realización de las AVD a través de los siguientes 10 ítems:

- Comida (10, 5, 0)
- Lavado (baño) (5, 0)
- Vestido (10, 5, 0)
- Arreglo (5, 0)

- Deposición (10, 5, 0)
- Micción (10, 5, 0)
- Ir al retrete (10, 5, 0)
- Transferencias (15, 10, 5, 0)
- Deambulación (15, 10, 5, 0)
- Subir y bajar escaleras (10, 5, 0)

En cuanto a la fiabilidad tiene un alfa de Cronbach de 0,86 -0,92 lo que nos demuestra una fiabilidad alta y el índice de Kappa está entre 0,84 y 0,97 (Cid & Damián, 1997) (ver anexo 4).

4. ***Mini Examen Cognoscitivo de Lobo*** (MEC), primera versión en castellano (*Mini-Mental Status Examination*) por Lobo en 1978, con población geriátrica, compuesta por 13 ítems a valorar con puntuaciones (0,1 ,2 ,3 ó 5) según respuesta.

El objetivo principal de este test es evaluar brevemente el estado mental y permitir observar la progresión del estado cognitivo evaluando las siguientes áreas:

- Orientación.
- Fijación.
- Concentración y cálculo.
- Memoria.
- Lenguaje y construcción.

Con una fiabilidad que oscila entre 0,82 y 0,84 en pacientes con demencia y 0,84 y 0,99 en personas mayores en régimen de residencia,

índices de Kappa de 0,97 para 5 evaluadores, fiabilidad test-retest en pacientes con demencia de entre 0,75 y 0,94 (Folstein, Folstein, McHugh & Fanjiang, 1975) (Lobo, Saz & Marcos, 2002) (ver anexo 5).

5. **Escala de Depresión Geriátrica** (GDS), fue desarrollada por Yesavage y Sheikh en 1986, y adaptada al castellano por Aguado en el año 2000, manteniendo la efectividad de la escala original y mejorando la facilidad de la administración, formada por 15 ítems, (10 positivos y 5 negativos). Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas si/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la población mayor.

El objetivo principal de este test es facilitar la evaluación de la depresión en la población geriátrica.

Tiene una alta fiabilidad alta de 0,94 para la consistencia interna, 0,94 por el método de las dos mitades y 0,85 de fiabilidad test-retest. Cuenta con una sensibilidad del 84 % y una especificidad del 95 % (Aguado, Martínez & Onís, 2000) (ver anexo 6).

8.7 Diseño:

El diseño utilizado en la investigación es un estudio de intervención tipo experimental, aleatorio, pre-post, de carácter inferencial dividido en dos grupos según tipo de tratamiento, grupal e individual (Argimon & Jiménez, 1999).

Se trata de esta forma el estudio de un conjunto de variables en un momento temporal a través del cual se pretende establecer una relación entre las variables en dos momentos diferentes, para así comparar el cambio producido después de la intervención de terapia ocupacional, en la modalidad individual o grupal.

La información fue obtenida a través de los cuestionarios indicados anteriormente.

8.8 Procedimiento:

La selección de la muestra según los criterios de inclusión mencionados anteriormente, fue extraída de dos centros residenciales que mostraron su apoyo y participación en la intervención con una muestra total de 112 personas.

Para ello se realizó una entrevista previa a cada participante en el que se midieron variables independientes como sexo, edad y nivel de estudios, además de las puntuaciones mínimas para poder participar en cuanto a estado cognitivo de la persona y habilidades o capacidades necesarias, y se comenzaron las evaluaciones de los test Pre-test antes del comienzo de la intervención.

Durante esta entrevista, se le explica al sujeto que va a participar en una investigación y se le invita a firmar el consentimiento informado, comprometiéndose a cumplir y seguir las directrices del proceso de intervención.

Con la muestra mínima de 74 personas seleccionadas de entre 112 sujetos posibles, se repartieron en dos grupos según tipo de intervención de forma aleatoria y así no provocar una contaminación de la misma. La aleatorización del tipo de actividad que iban a desempeñar durante la investigación fue por sujetos de forma aleatoria, independientemente del centro al que perteneciesen.

Después de la selección y evaluación se comenzó la intervención que se produjo con una duración de los siguientes 6 meses (Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre y Octubre), en los que cada uno de los grupos de 34 personas llevaron a cabo el tipo de tratamiento asignado en el Pre-test y que se realizaron durante la totalidad de la investigación.

Una vez terminada toda la intervención, se comienza a reevaluar a toda la muestra en busca de la comparación con los datos obtenidos en el Pre-test para poder conocer la evolución de los participantes con cada uno de los tratamientos.

Todos los sujetos estuvieron cegados durante el estudio ya que no se les informo de los efectos perseguidos con cada una de los dos tipos de tratamiento. Por otro lado, el terapeuta si conocía el propósito o posibles efectos que podrían darse en la muestra durante la intervención.

Tabla 12. Línea temporal de la investigación.

	Sept 12 - Dic 12	Ene 13 - Mar 13	Abril 2013	Mayo - Oct 2013	Nov 13 - Ene 14	Mar 14 - Dic 14	Ene 15 - Sept 15
Búsqueda información							
Planificación del estudio y selección de la muestra							
Mediciones y recogida de información Pre-Test							
Intervención							
Mediciones y recogida de información Post-Test							
Tratamiento estadístico de resultados							
Discusión de resultados y retrospectiva							

Las actividades que se fijaron en cada uno de los grupos de trabajo que se llevaron a cabo en horario de 3 sesiones por semana, dependiendo de la disponibilidad o sujeto a posibles cambios ante actividades extraordinarias, con un intervalo de duración de 45 aproximadamente.

Las actividades tanto grupales como individuales se catalogaron en los siguientes grupos:

- Entrenamiento en AVD (alimentación, higiene oral, baño, aseo, vestido, cuidado personal, medicación, mantenimiento de la salud, socialización, movilidad funcional, control de esfínteres, cuidado de mascotas, cuidado del otro, comunicación, movilidad en la comunidad, manejo del dinero y preparación de comida).
- Área Sensorio-motora (conciencia sensorial, procesamiento sensorial, propioceptivo, táctil, visual, auditivo, gustativo, olfativo, esquema corporal, lateralidad, figura-fondo, relación espacial, percepción de profundidad, reflejos, rango de movimiento, tono muscular, fuerza, resistencia, control postural, coordinación gruesa-fina, control motor, praxis, integración bilateral, integración viso-motora y cruce de la línea media).
- Área cognitiva (arousal, orientación a la realidad, reconocimiento, iniciación y terminación de la actividad, memoria, secuenciación, categorización, operaciones espaciales, formación de conceptos, resolución de problemas, aprendizaje, generalización, atención y formación de conceptos).

- Área de habilidades psico-sociales (Autoconcepto, desempeño de roles, conducta social, habilidades interpersonales, autoexpresión, manejo de sí mismo, manejo del tiempo, autocontrol, participación en la comunidad, ocio y tiempo libre).
- TAA (terapia asistida con animales).

8.9 Intervención:

A continuación se pasa a describir el apartado de intervención más detalladamente, dentro del programa anteriormente expuesto en el cronograma.

Una vez asignados a cada grupo de forma aleatoria entre los dos tipos de intervención individual y grupal, dado que el número de participantes era elevado y por lo tanto no se podía intervenir de forma correcta con todos a la vez, se hicieron pequeños grupos de trabajo formados por 4 subgrupos:

Distribución de grupos de trabajo

Intervención Grupal 1: 9 sujetos	Intervención Individual 1: 9 sujetos
Intervención Grupal 2: 9 sujetos	Intervención Individual 2: 9 sujetos
Intervención Grupal 3: 9 sujetos	Intervención Individual 3: 9 sujetos
Intervención Grupal 4: 10 sujetos	Intervención Individual 4: 10 sujetos

Tabla 13. Distribución de la muestra según grupos de trabajo.

Durante la semana 1 en la intervención grupal se hace una toma de contacto entre los diferentes integrantes de dichos grupos de trabajo, 37 participantes, para que se socialicen y se conozcan un poco a modo de facilitar la puesta en marcha de las futuras actividades en las que se iban a trabajar de forma cooperativa, por lo que irán más enfocadas hacia las actividades de presentación y toma de contacto tanto para el terapeuta como para los participantes.

Pasado ya este tiempo de aclimatación a la nueva dinámica de trabajo, a partir de la segunda semana hasta la finalización del programa se irán complementando cada uno de los tipos de actividad de forma rotatoria, evitando su repetición y fomentando su completa ejecución de principio a fin, además de los objetivos que se persiguen con cada una de ellas.

A continuación se muestra un cuadro con las rotaciones de los distintos tipos de actividad grupal de forma cronológica:

Intervención Grupal: 1, 2, 3, 4.

	Lunes	Miércoles	Viernes
Semana 1	Toma de contacto	Toma de contacto	Toma de contacto
Semana 2, 13	Cognitivo	TAA	Sensorio-motor
Semana 3, 14	Sensorio-motor	Cognitivo	Cognitivo
Semana 4, 15	Sensorio-motor	Cognitivo	AVD
Semana 5, 16	AVD	Psico-social	Cognitivo
Semana 6, 17	Cognitivo	Sensorio-motor	Cognitivo
Semana 7, 18	Cognitivo	TAA	Sensorio-motor
Semana 8, 19	Sensorio-motor	Cognitivo	Cognitivo
Semana 9, 20	Sensorio-motor	Cognitivo	AVD
Semana 10, 21	AVD	Psico-social	Cognitivo
Semana 11, 22	Cognitivo	Sensorio-motor	Cognitivo
Semana 12, 23	Cognitivo	TAA	Sensorio-motor

Tabla 14. Distribución de actividades intervención grupal: 1, 2, 3, 4.

Durante la primera semana en la intervención individual al igual que en la intervención grupal, se hizo una toma de contacto de los 37 participantes, para explicarles cual va a ser la manera en la que se va a poner en marcha las distintas actividades en las que se va a trabajar exclusivamente de forma individual durante los próximos 6 meses.

A partir de la segunda semana hasta la finalización del programa se fue implementando cada uno de los tipos de actividad de forma rotatoria.

A continuación se muestra un cuadro con las rotaciones de los distintos tipos de actividad individual de forma cronológica:

Intervención Individual: 1, 2, 3, 4.

	Lunes	Miércoles	Viernes
Semana 1	Toma de contacto	Toma de contacto	Toma de contacto
Semana 2, 13	Cognitivo	Sensorio-motor	TAA
Semana 3, 14	Sensorio-motor	Cognitivo	Cognitivo
Semana 4, 15	Sensorio-motor	Cognitivo	AVD
Semana 5, 16	Cognitivo	Sensorio-motor	TAA
Semana 6, 17	Sensorio-motor	Cognitivo	Cognitivo
Semana 7, 18	Sensorio-motor	Cognitivo	AVD
Semana 8, 19	Cognitivo	Sensorio-motor	TAA
Semana 9, 20	Sensorio-motor	Cognitivo	Cognitivo
Semana 10, 21	Sensorio-motor	Cognitivo	AVD
Semana 11, 22	Cognitivo	Sensorio-motor	TAA
Semana 12, 23	Sensorio-motor	Cognitivo	Cognitivo

Tabla 15. Distribución de actividades intervención individual: 1, 2, 3, 4.

La fase de intervención del estudio (intervención grupal e individual) se llevó a cabo durante los 6 meses.

A final de cada semana se seguía un registro de validación sobre si había sido capaz de realizar la actividad o no había podido asistir a la sesión por algún motivo.

Únicamente fueron excluidos del estudio aquellos sujetos que fallecieron durante la intervención.

8.10 Consideraciones éticas

La investigación fue desarrollada siguiendo las consideraciones éticas establecidas en la legislación vigente en la relación con la Investigación Biomédica. Por otra parte se requirió el consentimiento informado a los participantes del estudio además de la autorización del centro para llevarla a cabo.

Además, se solicitó a la dirección de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga autorización para llevar a cabo el presente trabajo, aprobándose dicha autorización por la Comisión de Investigación del día 14 de Febrero de 2012 (ver anexo 7).

La información personal obtenida a través de los test y la adhesión para la participación en la investigación fue tratada según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), garantizando y protegiendo en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, especialmente de su honor, intimidad y privacidad personal y familiar.

8.11 Análisis Estadístico

Los análisis de datos se realizaron con el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows y Mac, para ello hemos utilizado un análisis descriptivo, prueba T – Student para muestras relacionadas, ANOVA de medidas repetidas y correlación de Pearson.

- Análisis descriptivo de las variables independientes y dependientes (desglosándose en su relación con la variable actividad).
- Prueba T – Student para muestras relacionadas. Se realizarán los estudios Pre-Post por separado de cada una de las variables dependientes con respecto al tipo de actividad.
- Prueba ANOVA de medidas repetidas para factores intra-sujetos e inter-sujetos para variables dependientes para las comparaciones de resultados entre grupos.

Los datos recogidos por las ANOVA de medidas repetidas fueron agrupados en 3 tipos de variables analizadas según el tipo de terapia para comparar los resultados obtenidos en los análisis Pre-Post de la muestra:

- Independencia Personal (Barthel).
- Estado de ánimo (GDS).
- Autoeficacia General (EAG).
- Deterioro Cognitivo (Lobo).
- Bienestar Psicológico (Ryff).

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 9: RESULTADOS

Una vez efectuados los análisis, en el presente capítulo se van a exponer los resultados obtenidos a través de la intervención de forma desglosada de acuerdo a los objetivos marcados en la investigación.

Con el objetivo de aportar una respuesta a los objetivos específicos, se van a analizar las diferencias entre efectividad entre las técnicas de tratamiento (individual y grupal) a través del análisis de la ANOVA de medidas repetidas por factores intra-sujetos e inter-sujetos, para las variables dependientes y analizadas a través del análisis de T-Student mostrando los valores que se muestran a continuación agrupados según las tres variables dependientes mencionadas anteriormente (Independencia personal, Estado de ánimo, Autoeficacia general, Deterioro cognitivo y Bienestar psicológico), medidas a través de test estandarizados (Test de Barthel, GDS, EAG, Mini examen cognoscitivo de Lobo y Bienestar Psicológico de Ryff), para finalizar comparando ambos tratamientos y comprobar sus evoluciones Pre y Post según tipo de actividad.

Objetivo Secundario número uno: Comprobar si mejora el Bienestar Psicológico y la Autoeficacia General con el tratamiento de Terapia Ocupacional en las personas mayores.

Las diferencias de efectividad entre técnicas fueron analizadas a través de una ANOVA de medidas repetidas ajustadas y análisis de medias (máx. y mín.) de la T Student.

Ambos tipos de análisis han sido agrupados en una misma tabla para favorecer la comparación o progresión de ambos tipos de tratamientos y comparar las situaciones Pre y Post de los usuarios analizados durante la investigación.

También el análisis está acompañado con gráficos de barras para favorecer la comprensión en las diferencias según tipo de tratamiento individual o grupal, comparando valores de las medias de cada una de las variables examinadas en ambos grupos de intervención.

	Medidas (IC 95%)				Diferencias Pre-Post		F Intra-sujetos				F Inter-sujetos	
	Pre		Post				Ind		Grupal			
	Ind	Grupal	Ind	Grupal	Ind	Grupal	t	p	t	p	F	p
Autoaceptación	20,29 (18,78-21,79)	19,94 (18,51-21,37)	18,91 (17,33-20,50)	27,09 (25,73-28,44)	-1,371	7,143	3,118	,004	-9,338	<0,001	63,289	<0,001
Relaciones Positivas	22,17 (21,52-22,84)	21,91 (21,33-22,50)	20,20 (18,56-21,84)	26,89 (25,44-28,33)	-1,971	4,971	3,202	,003	-7,267	<0,001	38,569	<0,001
Autonomía	27,49 (25,91-20,06)	26,77 (25,47-28,08)	27,03 (25,28-28,78)	33,14 31,62-34,67)	-,457	6,371	,906	,371	-8,134	<0,001	28,641	<0,001
Dominio Entorno	20,63 (19,96-21,30)	20,37 (19,71-21,03)	21,37 (20,36-22,38)	26,23 (25,03-27,43)	,743	5,857	- 1,687	,101	-10,858	<0,001	39,634	<0,001
Crecimiento Personal	24,97 (24,32-25,62)	24,37 (23,67-25,07)	25,00 (24,08-25,92)	31,00 (29,59-32,41)	,029	6,629	-,059	,954	-8,846	<0,001	52,372	<0,001
Propósito en la Vida	20,83 (19,59-22,07)	20,40 (19,26-21,54)	20,91 (19,73-22,10)	27,63 (26,33-28,92)	,086	7,229	-,241	,811	-10,196	<0,001	60,487	<0,001

Tabla 16. Comparativa Pre-Post Bienestar Psicológico y Tipo de Intervención.

En cuanto a las puntuaciones de ambos grupos previos al inicio de tratamiento que se han obtenido en el Test de Bienestar Psicológico de Ryff son muy similares y dado que se ha realizado una aleatorización de la muestra, refuerza que el punto de partida de la investigación (Pre-Test) es correcto y no ha sido manipulado a favor de alguno de ellos, procediendo así a comparar las puntuaciones obtenidas y la influencia que ha podido tener el tratamiento sobre los usuarios.

Comenzando con la intervención Grupal, ésta se mostró más efectiva de forma general que la intervención individual, ya que si nos fijamos en el apartado de diferencias Pre-Post, existen mayor número de cambios en las medias con respecto a la intervención individual.

Si nos fijamos en la intervención individual, cabe destacar un descenso en las puntuaciones medias de Autoaceptación y Relaciones Positivas, sin embargo en el resto de variables medidas a través de la escala de Ryff, los cambios son muy leves o casi inapreciables, manteniéndose las puntuaciones entre Pre-Test y Post-Test.

Previo a profundizar en los datos ítem a ítem valorado en la tabla anterior (Tabla 16) podemos afirmar de forma general que la técnica grupal obtuvo valores muy superiores en el Post que en el Pre comprobando la mejora importante que ha sufrido la muestra con intervención grupal frente a la intervención individual con respecto al tratamiento asignado.

A continuación, se van a analizar los resultados de cada una de las sub-escalas que engloban el test de Bienestar Psicológico de Ryff y analizar los cambios producidos durante el tratamiento.

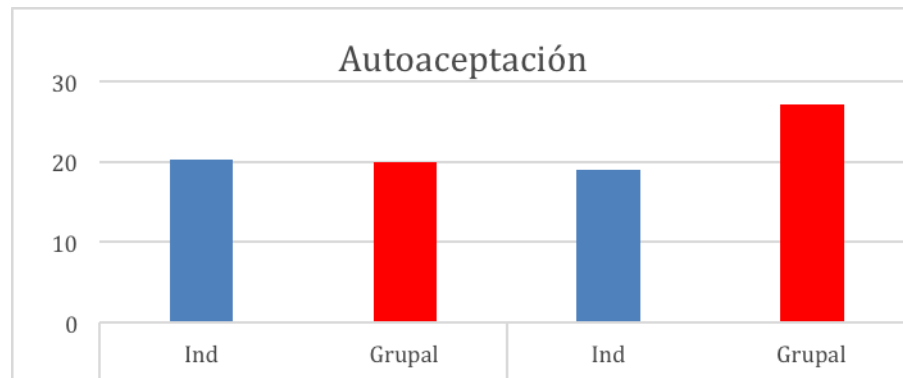


Figura 7. Diferencias Pre-Post Sub-escala Autoaceptación.

En cuanto a la sub-escala Autoaceptación, se observa un leve descenso leve de la puntuación del Post individual ($X=18,91$; $SD=4,617$) con respecto al Pre individual ($X=20,29$; $SD=4,390$), obteniendo una puntuación menor en la percepción de uno mismo como persona tras el paso por la intervención individual.

Sin embargo, existe un aumento muy significativo de la puntuación en Post grupal ($X=27,09$; $SD=3,951$) con respecto al Pre grupal ($X=19,94$; $SD=4,158$), mostrándose como mejor tipo de tratamiento frente al individual.

Si nos fijamos en las puntuaciones inter-sujetos o entre-grupos, ambas muestran diferencias estadísticamente significativas ($F=63,289$; $p=<0,001$), siendo el tipo de tratamiento grupal más beneficioso con respecto al individual. Por otra parte, en las puntuaciones intra-sujetos de ambas intervenciones podemos destacar que en ambos tratamientos existen diferencias significativas aunque en sentidos contrarios, es decir, consiguiendo puntuaciones menores en el tratamiento individual ($t=3,118$;

$p=,004$) y consiguiendo puntuaciones mayores en el tratamiento grupal ($t=-9,338$; $p<0,001$).

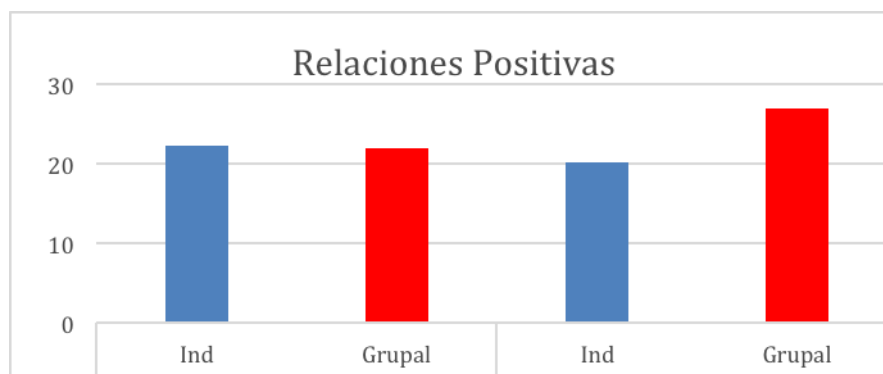


Figura 8. Diferencias Pre-Post Sub-escala Relaciones Positivas.

Por otra parte la sub-escala Relaciones Positivas, la diferencia del Pre individual ($X=22,17$; $SD=1,932$) y el Post individual ($X=20,20$; $SD=4,788$) existe un cambio significativo a peor viéndose un descenso de la puntuación entre ambas mediciones en la figura 8 durante el tratamiento individual, por otra parte se observa que en el tratamiento grupal la diferencia que hay entre el Pre grupal ($X=21,91$; $SD=1,704$) con el Post grupal ($X=26,89$; $SD=4,199$) supone una mejora importante a la hora de la disposición de tener una relación positiva con otras personas.

En cuanto a las puntuaciones inter-sujetos, se ve también una diferencia muy significativa entre los dos tipos de intervención realizados ($F=38,569$; $p<0,001$), al igual que ocurre en las puntuaciones intra-sujetos comparando las puntuaciones de ambos grupos, obtenemos diferencias estadísticamente significativas en los dos tratamientos, siendo de forma negativa o empeorando en el individual ($t=3,202$; $p=,003$), y de forma positiva en el grupal ($t=-7,267$; $p<0,001$).

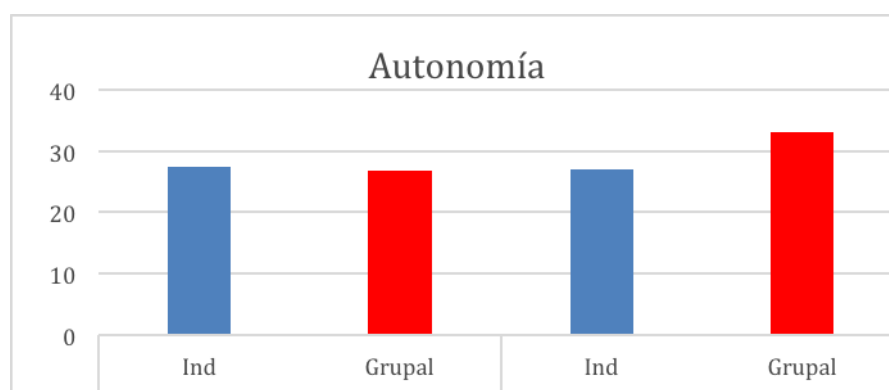


Figura 9. Diferencias Pre-Post Sub-escala Autonomía.

Si nos fijamos en la percepción de la Autonomía, existen diferencias casi inapreciables entre el Pre individual ($X=27,49$; $SD=4,591$) y el Post individual ($X=27,03$; $SD=5,096$), pero si hay diferencias entre el Pre Grupal ($X=26,77$; $SD=3,797$) y el Post grupal ($X=33,14$; $SD=4,440$) que refuerzan el sentimiento de autonomía del usuario en su día a día.

Con respecto a las puntuaciones Inter-sujetos, comprobamos que existen diferencias estadísticamente significativas ($F=28,641$; $p<0,001$) con grandes cambios entre los dos grupos de intervención.

Sin embargo, si comparamos las puntuaciones intra-sujetos, vemos como si son estadísticamente significativos los cambios dentro del tratamiento grupal ($t=-8,134$; $p<0,001$), y como en el tratamiento individual apenas hay cambios con una puntuación muy similar ($t=,906$; $p=,371$).

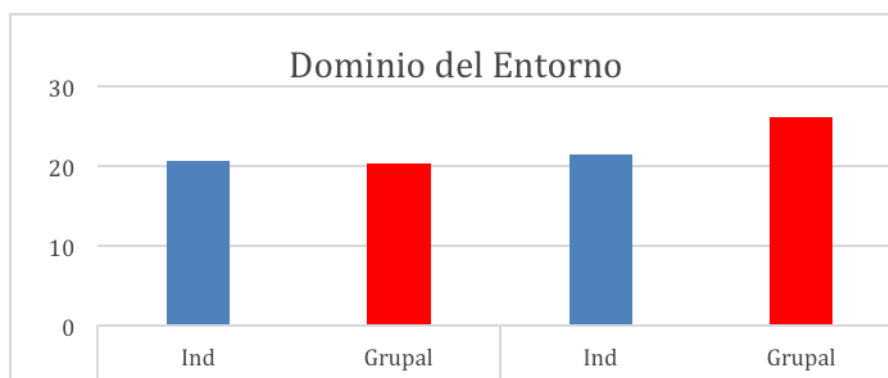


Figura 10. Diferencias Pre-Post Sub-escala Dominio del Entorno.

Otra sub-escala es el Dominio del Entorno, básico en la percepción de seguridad en sí mismo y, por lo tanto, influencia en la autonomía personal, donde no se encuentran diferencias entre el Pre individual ($X=20,63$; $SD=1,942$) y el Post individual ($X=21,37$; $SD=2,941$). Adicionalmente, que se muestran datos significativos entre el Pre grupal ($X=20,37$; $SD=1,911$) y el Post grupal ($X=26,23$; $SD=3,490$).

Comparando las puntuaciones inter-sujetos o entre-grupos, vemos que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de intervención ($F=39,634$; $p<0,001$), lo que continua apoyando junto con las sub-escalas anteriores que el tratamiento grupal puede ser más beneficioso que el tratamiento individual.

Si nos fijamos en las puntuaciones intra-sujetos o entre-sujetos, las puntuaciones obtenidas en el tratamiento individual son levemente mejores ($t=-1,687$; $p=,101$) pero sin llegar a ser significativas. Sin embargo, en las puntuaciones intra-sujetos del tratamiento grupal ($t=-10,858$; $p<0,001$) si existen cambios estadísticamente significativos tras este tipo de intervención.

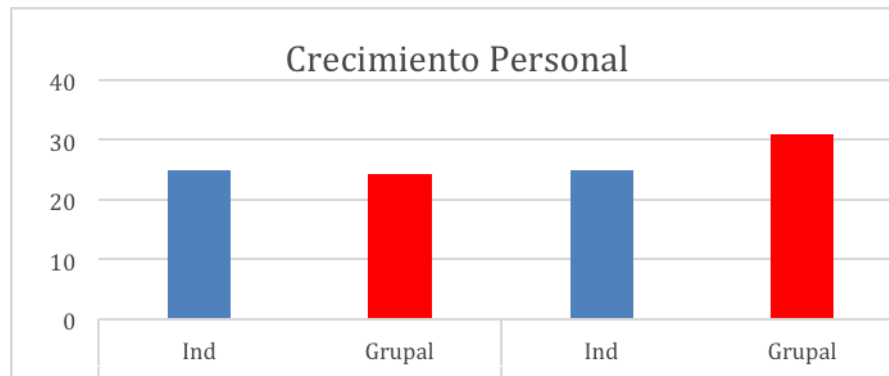


Figura 11. Diferencias Pre-Post Sub-escala Crecimiento Personal.

El Crecimiento Personal es otra sub-escala del test de Bienestar Psicológico de Ryff que mide el crecimiento como persona, en el que se obtienen puntuaciones del Pre individual ($X=24,97$; $SD=1,902$) muy similares al Post individual ($X=25,00$; $SD=2,690$), y no se obtuvieron diferencias, algo muy distinto a lo que se obtienen en el Pre grupal ($X=24,37$; $SD=2,045$) y el Post grupal ($X=31,00$; $SD=4,102$), donde se muestran puntuaciones mucho más altas y estadísticamente significativas en el tratamiento grupal.

Analizando las puntuaciones registradas en el análisis inter-sujetos ($F=52,372$; $p<0,001$) muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de intervención individual y grupal. Por otra parte, a través de los datos obtenidos en la intra-sujetos, vemos como el tratamiento individual ($t=-,059$; $p=,954$) no se muestra datos estadísticamente significativos, siendo muy similares a los anteriores obtenidos en el Pre-Test, aunque con respecto al tratamiento grupal ($t=-8,846$; $p<0,001$), si existen datos significativos de mejora tras la intervención, comportándose de una manera más favorable que con el otro tipo de tratamiento.

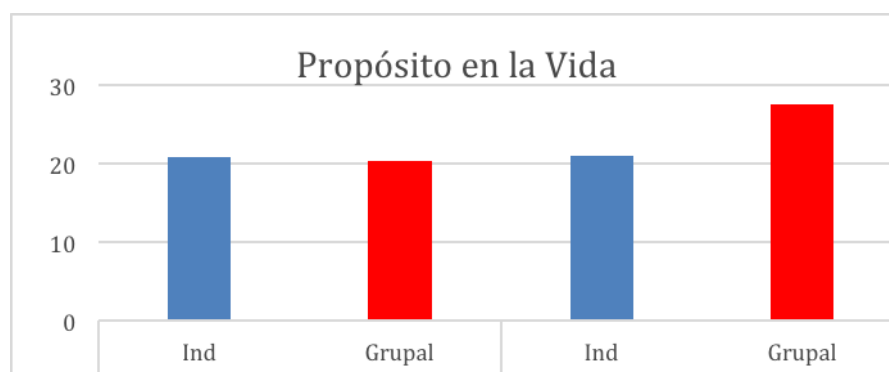


Figura 12. Diferencias Pre-Post Sub-escala Propósito en la Vida.

Por último en la sub-escala Propósito en la Vida, ocurre lo mismo que en la anterior, en la que marcan diferencias muy leves entre el Pre individual ($X=20,83$; $SD=3,601$) y el Post individual ($X=20,91$; $SD=3,442$), En cambio, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el Pre grupal ($X=20,40$; $SD=3,310$) y el Post grupal ($X=27,63$; $SD=3,774$), obteniendo mejor capacidad de definir sus objetivos y propósitos en la vida.

Analizando los datos inter-sujetos que obtenemos ($F=60,487$; $p<0,001$), comprobamos como existen diferencias con datos significativos entre ambos tipos de intervención. Por otra parte, los datos intra-sujetos muestran un cambio muy leve entre los sujetos del tratamiento individual ($t=-,241$; $p=,811$) con una puntuación muy similar, sin embargo en los sujetos del tratamiento grupal, se obtienen datos muy significativos ($t=-10,196$; $p<0,001$) mostrando un cambio muy significativo tras el tratamiento.

	Medidas (IC 95%)				Diferencias Pre-Post		F Intra-sujetos				F Inter- sujetos	
	Pre		Post				Ind		Grupal			
	Ind	Grupal	Ind	Grupal	Ind	Grupal	t	p	t	p	F	p
EAG	24,43 (22,53 – 26,33)	24,23 (22,40 – 26,06)	16,43 (14,88 – 17,98)	32,74 (30,81 – 34,67)	-8,000	8,514	10,841	<0,001	-8,169	<0,001	179,016	<0,001

Tabla 17. Comparativa Pre-Post Autoeficacia General y Tipo de Tratamiento.

En cuanto a las puntuaciones de ambos grupos previos al inicio de tratamiento que se han obtenido en el Test de Autoeficacia General son muy similares.

Los resultados obtenidos en la intervención Grupal, muestran mayor efectividad de forma general que la intervención individual.

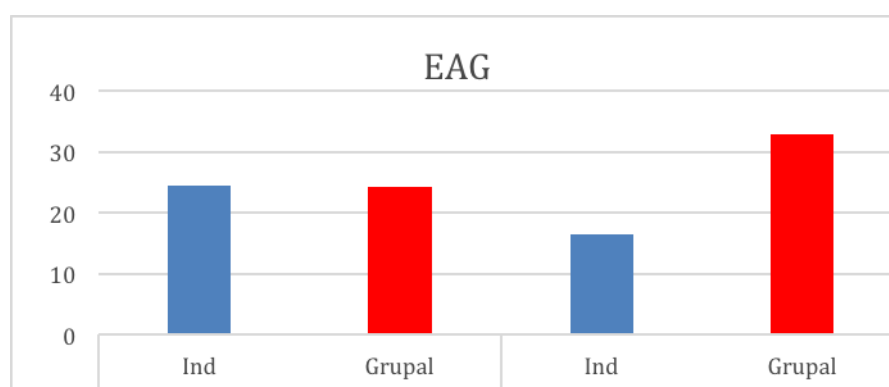


Figura 13. Diferencias Pre-Post EAG.

La intervención grupal fue efectiva, la diferencia entre el Pre grupal ($X=24,23$; $SD=5,320$) y el Post grupal ($X=32,74$; $SD=5,622$) es estadísticamente significativa de forma positiva en lo que se refiere a obtener una mayor autoeficacia en el usuario. Sin embargo, ocurre todo lo

contrario en la terapia individual, ya que entre el Pre individual ($X=24,43$; $SD=5,532$) y el Post individual ($X=16,43$; $SD=4,520$) existen diferencias significativas pero obteniendo peores resultados en el test.

Si comparamos las puntuaciones inter-sujetos se observan diferencias significativas entre los dos tipos de intervención, individual y grupal, ($F=179,016$; $p=<0,001$). Por otra parte, a la hora de comparar los datos intra-sujetos, se recogen diferencias significativas en ambos tipos de tratamiento pero de forma contraria, es decir, con resultados significativamente positivos en la intervención grupal ($t=-8,169$; $p=<0,001$) y con resultados significativamente negativos en la intervención individual ($t=10,841$; $p=<0,001$).

Objetivo Secundario número dos: Comprobar si mejora o mantiene el nivel de Independencia Personal en las personas mayores con el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Las diferencias de efectividad entre técnicas fueron analizadas a través de una ANOVA de medidas repetidas ajustadas y análisis de medias (máx. y mín.) de la T Student.

Ambos tipos de análisis han sido agrupados en una misma tabla para favorecer la comparación o progresión de ambos tipos de tratamientos y comparar las situaciones Pre y Post de los usuarios analizados durante la investigación.

También el análisis está acompañado con gráficos de barras para favorecer la comprensión en las diferencias según tipo de tratamiento

individual o grupal, comparando valores de las medias de cada una de las variables examinadas en ambos grupos de intervención.

	Medidas (IC 95%)				Diferencias Pre-Post		F Intra-sujetos				F Inter-sujetos	
	Pre		Post				Ind		Grupal			
	Ind	Grupal	Ind	Grupal	Ind	Grupal	t	p	t	p	F	p
	Ind	Grupal	Ind	Grupal	Ind	Grupal	t	p	t	p	F	p
Barthel	55,86 (45,52 – 66,19)	52,14 (41,54 – 62,74)	41,57 (32,57 – 50,57)	58,00 (48,54 – 67,46)	-14,286	5,857	8,505	<0,001	-3,333	,002	6,542	,013

Tabla 18. Comparativa Pre-Post Independencia Personal y Tipo de Tratamiento.

Con respecto a las puntuaciones de ambos grupos previos al inicio de tratamiento que se han obtenido en el Test de Barthel son muy homogéneas, no existiendo diferencias estadísticamente significativas al inicio del tratamiento entre ambos grupos.

La intervención Individual, mostró menor efectividad de forma general que la intervención Grupal, ya que si nos fijamos en el apartado de diferencias Pre-Post el tratamiento grupal ha conseguido una mayor puntuación Post-Test que el individual, consiguiendo todo lo contrario, empeorando sus puntuaciones en el Post-Test.

Al igual que en la tabla anterior, se van a tener en cuenta los datos inter-sujetos e intra-sujetos para comparar la evolución que han obtenido todos los participantes durante la implementación del tratamiento.

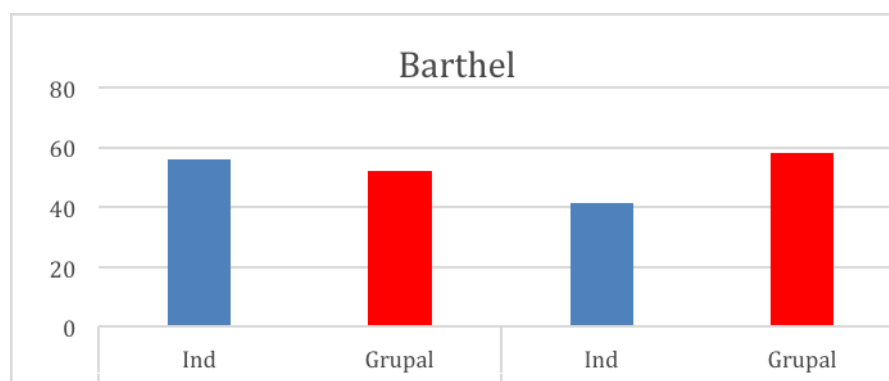


Figura 14. Diferencias Pre-Post Barthel.

La intervención Grupal se mostró más efectiva que la intervención individual con unas diferencias muy significativas en la tabla de Barthel. La técnica grupal obtuvo valores muy superiores en el Post ($X=58,00$; $SD=27,525$) que en el Pre ($X=52,14$; $SD=30,853$), comprobando la mejora en la independencia personal por parte de las personas que recibieron la técnica grupal. Por otra parte, en la intervención individual, se muestran datos significativamente negativos Pre ($X=55,86$; $SD=30,085$) y Post ($X=41,57$; $SD=26,200$) provocando una pérdida muy importante de la independencia personal tanto en la comparativa de grupos como en la de entre sujetos.

Analizando los datos obtenidos inter-sujetos, existen diferencias significativas entre ambos grupos ($F=6,542$; $p=,013$) provocando una mejoría más notable en el grupo que recibió la intervención grupal. Por otra parte, si analizamos los datos intra-sujetos, en ambos grupos se muestran diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento individual ($t=8,505$; $p=<0,001$), empeorando las puntuaciones conseguidas en el Post-Test frente al Pre-Test. Sin embargo, a través del tratamiento grupal ($t=-3,333$; $p=,002$) las puntuaciones en el Post-Test frente al Pre-Test

mostrando también diferencias significativas con la mejora de las puntuaciones obtenidas después del tratamiento grupal.

Objetivo Secundario número tres: Comprobar si mejora o se mantiene el Estado Cognitivo y el Estado de Ánimo en las personas mayores con el tratamiento de Terapia Ocupacional.

Las diferencias de efectividad entre ambos tipos de tratamiento fueron analizadas a través de una ANOVA de medidas repetidas ajustadas y análisis de medias (máx. y mín.) de la T Student.

Los tipos de análisis han sido agrupados en una misma tabla para favorecer la comparación o progresión de ambos tipos de tratamientos y comparar las situaciones Pre y Post de los usuarios analizados durante la investigación.

También el análisis está acompañado con gráficos de barras para favorecer la comprensión en las diferencias según tipo de tratamiento individual o grupal, comparando valores de las medias de cada una de las variables examinadas en ambos grupos de intervención.

	Medidas (IC 95%)				Diferencias Pre-Post		F Intra-sujetos				F Inter-sujetos	
	Pre		Post				Ind		Grupal			
	Ind	Grupal	Ind	Grupal	Ind	Grupal	t	p	t	p	F	p
Lobo	25,17 (23,84 – 26,38)	25,06 (23,73 – 26,38)	22,94 (21,69 – 24,19)	25,29 (24,04 – 26,48)	-2,229	,229	7,259	<0,001	-,686	,497	7,569	,008

Tabla 19. Comparativa Pre-Post Estado Cognitivo y Tipo de Tratamiento.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, la intervención Individual, mostró una menor efectividad de forma general que la intervención Grupal, ya que si nos fijamos en el apartado de diferencias Pre-Post el tratamiento grupal ha conseguido una mayor puntuación Post-Test que el individual aunque muy levemente, consiguiendo todo lo contrario en el tratamiento individual con un empeorando sus puntuaciones en el Post-Test.

Al igual que en la tabla anterior, se van a tener en cuenta los datos inter-sujetos e intra-sujetos para comparar la evolución que han obtenido todos los participantes durante la implementación del tratamiento.

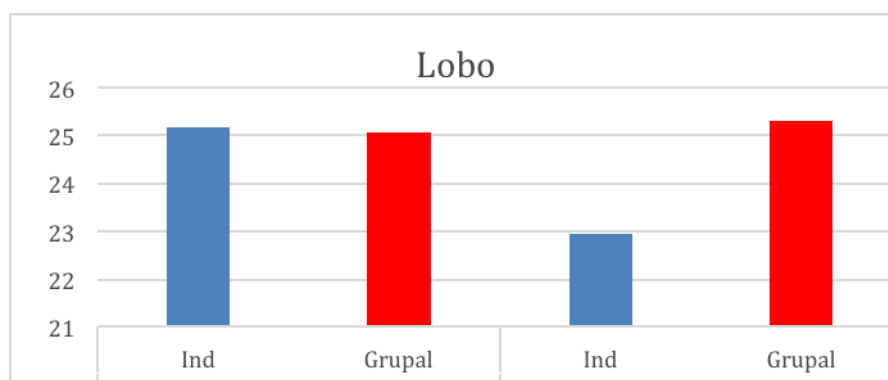


Figura 15. Diferencias Pre-Post Lobo.

En la intervención grupal la puntuación obtenida fue muy similar entre el Pre grupal ($X=25,06$; $SD=3,850$) y el Post Grupal ($X=25,29$; $SD=3,486$) por lo que se mantiene el nivel cognitivo de los que fueron tratados con esa técnica, sin embargo, los que fueron tratados con la técnica individual obtuvieron unas puntuaciones peores si comparamos el Pre individual ($X=25,17$; $SD=3,861$) y el Post individual ($X=22,94$; $SD=3,638$).

Comparando las puntuaciones inter-sujetos obtenidas en la tabla anterior comprobamos como existe una diferencia significativa entre la intervención de ambos grupos ($F=7,569$; $p=,008$).

Sin embargo, en la comparación de las puntuaciones intra-sujetos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la intervención individual ($t=7,259$; $p=<0,001$) de forma negativa, ofreciendo un empeoramiento del estado cognitivo de la muestra. Por otra parte, en la intervención grupal los datos obtenidos ($t=-,686$; $p=,497$) no son significativos, mostrando una conservación del estado cognitivo de la muestra.

	Medidas (IC 95%)				Diferencias Pre-Post		F Intra-sujetos				F Inter-sujetos	
	Pre		Post				Ind		Grupal			
	Ind	Grupal	Ind	Grupal	Ind	Grupal	t	p	t	p	F	p
GDS	6,46 (5,65 – 7,27)	6,51 (5,73 – 7,30)	8,54 (7,79 – 9,29)	3,89 (3,04 – 4,73)	2,086	-2,629	-7,816	<0,001	6,225	<0,001	70,092	<0,001

Tabla 20. Comparativa Pre-Post Estado de Ánimo y Tipo de Tratamiento.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Geriátrica, la intervención individual mostró un empeoramiento de forma general, a diferencia de lo que ocurrió con la intervención grupal.

Al igual que en la tabla anterior, se van a tener en cuenta los datos inter-sujetos e intra-sujetos para comparar la evolución que han obtenido todos los participantes durante la implementación de la intervención.

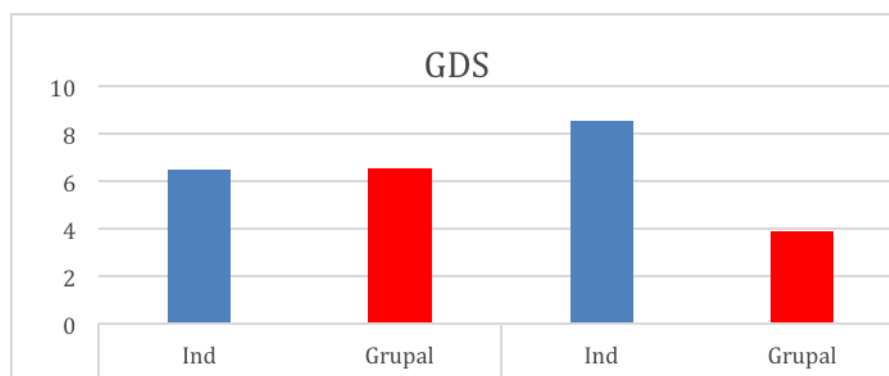


Figura 16. Diferencias Pre-Post GDS.

Con respecto a la intervención Grupal se mostró más efectiva que la intervención grupal, mostrando diferencias estadísticamente significativas. La técnica grupal obtuvo valores muy inferiores en el Post ($X=3,89$; $SD=2,459$) que en el Pre ($X=6,51$; $SD=2,293$), comprobando la mejora en el estado de ánimo, reduciéndose así los síntomas depresivos en la muestra que recibieron la técnica grupal con respecto a la que recibió tratamiento individual.

Sin embargo, en la intervención individual, se muestran datos significativos y completamente invertidos, ya que son datos más altos en el Post ($X=8,54$; $SD=2,187$) que en el Pre ($X=6,46$; $SD=2,356$) provocando un aumento en los síntomas depresivos.

Analizando las puntuaciones inter-sujetos obtenidas en la tabla, comprobamos como existe una diferencia muy significativa entre la intervención de ambos grupos ($F=70,092$; $p<0,001$).

Por otra parte, a través de las puntuaciones intra-sujetos se obtuvieron resultados significativos en la intervención individual ($t=-7,816$;

$p < 0,001$) de forma negativa, ofreciendo un empeoramiento del estado de ánimo de la muestra. Por otra parte, en la intervención grupal los datos obtenidos ($t=6,225$; $p < 0,001$) son estadísticamente significativos, mostrando una mejora importante en el estado anímico de la muestra.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 10: DISCUSIÓN GENERAL

Una vez recogidos los resultados obtenidos en esta investigación, en el presente capítulo se van a discutir los mismos según el tipo de intervención. Se presentarán desglosados según los objetivos marcados en la investigación, contrastándolos con los estudios previos sobre cada una de las variables, con el fin de plasmar la información que se ha recabado y obtener conclusiones que arrojen luz sobre la investigación que se ha llevado a cabo.

Como forma de comparar las posibilidades que muestra el bienestar psicológico y la autoeficacia dependiendo del tipo de intervención sometido en la población mayor, se han analizado los posibles resultados que ofrecen dos tratamientos de Terapia Ocupacional, tratamiento grupal y tratamiento individual, sobre las variables psicológicas de bienestar psicológico y de autoeficacia general.

Los resultados han sido muy positivos en el tratamiento o técnica grupal, sobre todo en las sub-escalas del Test de Bienestar Psicológico de Ryff (ver tabla 16), mostrando diferencias estadísticamente significativas en las sub-escalas de Autoaceptación, o concepto de la persona sobre uno mismo (ver figura 7), Relaciones Positivas (ver figura 8), Autonomía (ver figura 9), Dominio del Entorno (ver figura 10), Crecimiento Personal (ver figura 11) y en Propósito en la Vida (ver figura 12). En todas y cada una de las sub-escalas que evalúa este test comprobamos como existe una evolución positiva a la hora de realizar la técnica grupal.

Por otra parte, en el tratamiento o técnica individual las diferencias Pre-Post han sido muy leves, manteniéndose al menos durante los 6 meses de la investigación en algunas variables, mostrándose únicamente una diferencia estadísticamente significativa en las sub-escalas de Autoaceptación (ver figura 7) y Relaciones Positivas (ver figura 8), obteniendo unas puntuaciones menores en el Post que en el Pre, lo que se traduce en una peor Autoaceptación de uno mismo y un sentimiento negativo en cuanto a las relaciones positivas con el grupo de iguales y menor capacidad para mantener relaciones más estables, algo totalmente contrario a lo que sucede con la muestra que fue intervenida a través del tratamiento grupal.

En cuanto al resto de sub-escalas del Test de Bienestar psicológico de Ryff, se puede reconocer que aquellas personas que realizaron el tratamiento grupal, finalizaron la intervención, obteniendo un mejor sentimiento hacia si mismo a través de actitudes positivas (Autoaceptación, ver figura 7), siendo capaces de mantener relaciones sociales estables mostrando su afectividad (Relaciones Positivas, ver figura 8), mostrando una mayor capacidad de resistir mejor la presión social y auto-regular su comportamiento (Autonomía, ver figura 9), aumentando su capacidad de crear entornos favorables que favorecen la sensación de control (Dominio del Entorno, ver figura 10), siendo capaz de generar la capacidad para desarrollar sus habilidades potenciales (Crecimiento Personal, ver figura 11) y maximizando su capacidad para definir sus objetivos en la vida (Propósito en la Vida, ver figura 12).

De otra forma, en el otro tipo de técnica individual, también se muestran algunos datos positivos en variables de Post-Test, siendo muy similares con respecto a la diferencia con el Pre-Test, por lo que no se han

observado cambios estadísticamente significativos en los resultados a lo largo de la intervención de forma generalizada en este Test en concreto (ver tabla 16).

En la misma línea, los resultados son acordes con los datos obtenidos durante la intervención, ya que el sentimiento que despierta en la muestra a través de la técnica grupal, muestra ese sentimiento positivo hacia su persona, generando así un compromiso hacia la finalización de la actividad, y potenciando la capacidad para desarrollarlo como el resto de usuarios (ver tabla 16). Flaherty influenciado por Csikzentymihalyi se usa la calidad de la actividad como forma de despertar una respuesta emocional que provoque un sentimiento positivo en el usuario, y por lo tanto potenciar un compromiso con la actividad, lo que le reporta un sentimiento de bienestar finalizando la actividad y que se muestra en los resultados obtenidos en la presente investigación, como influencia en la forma de presentar la actividad hacia los distintos usuarios que formaron la muestra del estudio (Csikszentmihalyi, 2011).

En cuanto a los beneficios sociales que se pueden obtener a través de la terapia ocupacional y la TAA, ambos grupos de intervención fueron sometidos a actividades de interacción con animales, siendo algunos factores muy importantes a tener en cuenta en la interacción humano-animal, usando la actividad como método de catalizador social, cohesión social, promoción del contacto social con otras personas y entre los miembros de la familia, es decir, se ha servido de este tipo de terapia como conductor de las variables anteriormente en el párrafo escritas, lo que ayuda a potenciar y mejorar las variables de bienestar psicológico y autoeficacia, como se muestran en los resultados de la técnica grupal.

Los participantes después de haber recibido terapia ocupacional grupal en la que se encontraba añadida la TAA en ambos tipos de técnica, tanto individual como grupal (ver tabla 16), mostrando unos resultados estadísticamente significativos con una clara mejoría de los individuos, si comparamos los resultados entre ambos tipos de terapia, saliendo la técnica grupal como la más efectiva de las dos si hablamos de la técnica grupal en mayor medida que la técnica individual, al igual que muestra Hugues en su investigación a través de los beneficios que se obtienen con la inclusión en la rutina de la TAA (Hugues, Álvarez, Castelo, Ledón, Mendoza & Domínguez, 2014), por otro lado, los resultados obtenidos después de la técnica individual no afectan de la misma manera que la terapia grupal, ya que al no fomentar las habilidades sociales y contacto social, esta influencia sobre las variables mostradas y el bienestar psicológico no son medibles en la muestra.

Algo que potencia la mejora en las variables sociales si hablamos de la técnica grupal en mayor medida que la técnica individual, según los estudios previos a la actual investigación que defienden datos acerca de la mejora sustancial de los usuarios a través del juego cooperativo entre la TAA y las personas, por lo que se puede llegar a pensar de que las variables sociales, junto con el uso de la terapia asistida con animales, puede haber modificado o influenciado en la inter-relación de los sujetos de la investigación en la modalidad de terapia grupal, potenciando y mejorando las habilidades sociales, y por lo tanto de manera secundaria, la autoeficacia (ver figura 13) y bienestar general de los mismos (ver tabla 16), algo que supondría un efecto determinante en la inclusión de este tipo de terapias a la hora de trabajar de forma grupal con cualquier tipo de pacientes y que se debe investigar en profundidad dentro del campo de la gerontología y geriatría (Kawamura, Niiyama, & Niiyama, 2009).

En cuanto a beneficios psicológicos mostrados y probados a través de numerosas investigaciones científicas por la TAA, que se han podido comprobar que aparecen en los usuarios que se incluyen en este tipo de actividades ayudan a focalizar la atención, aumentar la estimulación de la interacción social en el caso de la técnica grupal, mejorar el estado de ánimo, favorece el contacto físico, el juego y las demostraciones de afecto tanto con la mascota como con otras personas, incentiva un estado afectivo positivo, un aumento de la autoestima y sentido de logro. Algo que al igual que la anterior se ha podido comprobar en los resultados mostrados en los test (ver tabla 16 y 17) (Kruger & Serpell, 2006).

En ambos tipos de tratamiento, tanto individual como grupal, se ha incluido en la intervención actividades de tipo terapia con animales, con el fin de que no existan grandes cambios con respecto a los tipos de actividad, y así poder comparar de forma más profunda los beneficios que se puedan mostrar puramente entre la terapia grupal y la terapia individual.

La inclusión de la terapia asistida con animales en los dos tipos de terapia, individual y grupal, han podido influir al igual que lo hizo en el estudio de Kogan y Granger con un grupo de pacientes, una mejora de la atención, bienestar psicológico, interacción personal, satisfacción con la vida y disminución de los síntomas depresivos (ver figura 13 y 16) (Kogan & Granger, 2003).

En otra investigación llevada a cabo usando este tipo de terapia con usuarios similares a los seleccionados para el presente tratamiento, tanto en la técnica individual como en la grupal, es que la introducción de TAA como actividad provoca en los usuarios un descenso tanto de la agitación

como de los síntomas depresivos, lo que facilita así la interacción social con otros usuarios durante las sesiones y tras el tratamiento recibido (ver figura 16) (Richeson, 2003).

Un ejemplo muy claro que se puede ver en pacientes con la enfermedad de Alzheimer, al igual que se muestra en gran parte de los individuos intervenidos, los animales han servido durante algunas de las sesiones como catalizadores o guías sociales, es decir, durante las intervenciones grupales por ejemplo entre el paciente y su familia, o entre ellos mismos, comentando e interactuando tanto con el resto de individuos si era una sesión de terapia grupal directamente entre el animal y el terapeuta que estaba presente, algo que Martínez Abellán confirma en su estudio sobre TAA y personas mayores (Martínez, 2009).

Sin embargo, LaFrance et al, se dieron cuenta de que a través de la TAA en una sesión de terapia, se trabajaban aspectos como la atención, percepción comunicación verbal y expresiones faciales, lo que provocaba un aumento del bienestar de forma positiva, al igual que satisfacen, tanto la persona como el animal, la necesidad de tocar y ser tocado, además del resto de los sentidos, disminuyendo los síntomas depresivos y potenciando una mayor motivación ante la actividad (LaFrance, García & Labreche, 2007).

La influencia que existe entre las variables de satisfacción con la vida y el bienestar psicológico (ver tabla 16) se ponen de manifiesto a través de la realización de las actividades de la vida diaria, posibilitando un refuerzo positivo en la consecución de los objetivos marcados, conjunto con el usuario y que tienen una repercusión importante como mencionábamos sobre las variables psicológicas, algo que coincide con los

encontrados también por Zimmer (Zimmer, Hickey & Searle, 1995), defendiendo el papel relevante que los resultados muestran tras la intervención en terapia ocupacional en formato grupal, teniendo un papel importante en la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico, los cuales se ponen de manifiesto al considerarse durante la investigación que la participación en las actividades de la vida diaria y las variables psicológicas se encuentran íntimamente ligadas e influenciadas una sobre la otra.

Por otro lado García-Campayo (García et al., 2005) defiende al igual que los datos que se obtienen en la investigación que se ha realizado, como un tratamiento psico-educativo de enfoque grupal muestra una mayor eficacia en aspectos de relaciones sociales, expresión emocional, labilidad emocional y concepto de calidad de vida frente al formato individual, lo que ayudara a los integrantes de la técnica grupal a fomentar el trabajo no solo en grupo o cooperativo, sino también a la integración y reducción del tiempo de adaptación a los nuevos tipos de técnicas aplicadas, las cuales van a potenciar y mejorar muchos aspectos psicológicos como se ven en la diferencia de los resultados de ambas técnicas (ver figura 11).

El sentimiento de bienestar y autoeficacia que se puede ver en los resultados de la intervención, se ve reforzado por las relaciones grupales, es decir, el sentirse comprometido con un grupo y que se encuentren socialmente aceptadas por las demás provoca un aumento en el sentimiento de autoeficacia (ver tabla 17), mostrando resultados estadísticos significativos en la prueba intra-sujetos, siendo la terapia grupal más efectiva que la terapia individual (ver figura 13), de acuerdo con los resultados estadísticamente positivos que presenta Roberts (Roberts, 2007)

que también defiende el sentimiento de bienestar a través de las personas que se mantuvieron comprometidas y conectadas socialmente obteniendo un sentimiento de autoeficacia mayor que aquellas que no lo realizaron (ver figura 13), reforzando los resultados del tratamiento grupal. Con respecto a la terapia individual se obtienen resultados también estadísticos positivos peores, disminuyendo la puntuación de autoeficacia (Herranz, Lirio, Portal, & Arias, 2013).

Una de las posibles influencias que podría tener la investigación es con respecto a la vinculación que existe entre el estado cognitivo o mental y el estado emocional de la persona desde la perspectiva del bienestar psicológico, la terapia grupal tras la intervención con respecto a las relaciones positivas con su grupo de iguales, consiguiendo una puntuación estadísticamente significativas (ver figura 8), al igual que también en la autonomía, consiguiendo en la terapia grupal diferencias estadísticamente significativas, todo lo contrario a la terapia individual que empeora las puntuaciones (ver figura 9), además de las anteriores, encontramos en la terapia grupal diferencias estadísticamente significativas en el dominio del entorno (ver figura 10). En las tres sub escalas anteriores se produce de forma consecutiva un descenso importante en los resultados, lo que puede estar interconectado o influenciado entre las mismas de acuerdo a lo que defiende González-Méndez (González & Extremera, 2010), indicando que existe una vinculación entre el bienestar psicológico junto con el estado mental y emocional del usuario, lo que puede condicionar el funcionamiento psíquico óptimo de la persona, adecuándose así a las exigencias internas que puedan producirse a través de las ocupaciones grupales e individuales mostradas, junto con los factores externos del entorno tanto físico como social, los cuales pueden influir a las variables y mostrar datos tal y como se han visto en la intervención.

En la misma línea que el objetivo principal de la investigación se muestra los principios que defienden Harlow y Cantor, defienden que la participación social se encuentra íntimamente relacionada con el bienestar y promoción de la salud en las personas mayores, y como esa percepción de la salud puede verse modificada o alterada a través de la pérdida de los roles y la participación en actividades de ámbito sociales (Andonian & MacRae, 2011).

A través de los datos que se recogen tras la intervención, se puede afirmar que la terapia grupal muestra mejoras sustanciales en lo que a percepción o concepto de la persona desde el punto de vista del bienestar general, además de potenciar el autoconcepto y autoeficacia con diferencias estadísticamente significativas, lo que conlleva a su vez un mejor estado de ánimo del usuario, y por lo tanto, al sentirse seguro de sí mismo, se ve impulsado en el aumento de la participación social en actividades, algo que en la terapia individual se hace más difícil de potenciar, ya que se centra en el trabajo individual de la persona, maximizando en la medida de lo posible sus capacidades y habilidades, pero únicamente centrado en el usuario, al contrario que en la terapia grupal, usando la socialización como forma de fomentar la independencia y la ayuda entre los integrantes del grupo. En este sentido y al igual que Buendía (Buendía, 1994), indica como las personas mayores van disminuyendo poco a poco las actividades sociales en las que se encuentran involucradas, todo ello de forma voluntaria y unilateral, aceptando roles que tienen menor actividad social, menor intensidad, por lo que se centran más en su vida interior, lo que se traduce en algo muy similar al tratamiento individual. Privándoles entre otros de apoyos emocionales, que reducen su bienestar emocional y por lo tanto

pueden influenciar también en la autoeficacia como sucede en la muestra de la investigación (ver tabla 16 y 17) (Hermida & Stefani, 2012).

Desde otro lado Cummings y Henry (Cummings & Henry, 1961) sostiene algo similar a lo que defiende Buendia, en la que la causa por la que la persona mayor se va desvinculando socialmente es secundariamente al envejecimiento normal (Brodaty, Altendorf, Withall & Sachdev, 2010) por lo que también los resultados que se comentan anteriormente pueden verse comparados con este por igual en cuanto a reducción no solo del bienestar emocional sino por la influencia que este tiene sobre la persona.

En relación a la Autoeficacia General, relacionada íntimamente con el autoconcepto y la motivación humana, modifica o reajusta la conducta que se tiene hacia la realización de una actividad. Pensamientos tan sencillos como la forma de sentirse, de verse a sí mismos y de pensar sobre algún aspecto, se encuentran íntimamente relacionados con el sentimiento de autoeficacia que se puede generar en el usuario, lo que puede influir de forma notable sobre las competencias no solo personales sino también del bienestar general que se encuentra asociado a él. Por ello, la terapia grupal puede marcar la diferencia entre completar un desempeño óptimo a través de la motivación y el apoyo en un grupo en actividades cooperativas, percibiendo una autoeficacia mayor en el sujeto, ayudándole a obtener los resultados esperados con respecto a la actividad, viéndose reflejado en los resultados, indicando que el grupo que realizó la técnica grupal con respecto al que realizó la técnica individual mejora su autoeficacia. Si nos centramos en el grupo que fue intervenido a través de la terapia individual, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos de forma negativa, con una puntuación Post-Test menor que la inicial en Pre-Test (ver figura 13), mostrando así la influencia que ejerce el grupo sobre un usuario en

especial, en cuanto a la motivación y la capacidad de potenciar la autoeficacia general percibida con un nivel mayor que en la terapia individual.

Desde otro punto de vista, la autoeficacia general unida a una motivación alta en las personas, fomentará siempre el desempeño de actividades de forma normalizada y correcta ya que mantienen su esfuerzo durante la realización con el fin de obtener un resultado positivo en su finalización, como ocurre en el estudio de Hermida y Stefani (Hermida & Stefani, 2012), a través del cual se relacionaban una competencia o autoeficacia más alta junto con un nivel óptimo de actividad producido por un aumento del desempeño de roles, ya que con el paso de los años existe un abandono progresivo de roles y actividades, algo que ocurre totalmente contrario a la intervención y que refuerza los datos obtenidos en la investigación.

La autoeficacia general percibida hace creer que la persona tiene las destrezas necesarias para llevar a cabo dicha actividad, posibilitando un aumento de la motivación, y así poder invertir un mayor esfuerzo en obtener el resultado tras finalizar la actividad, afianzando su compromiso con una meta final en la búsqueda del desempeño óptimo de la persona (Hermida & Stefani, 2012).

A su vez, esta autoeficacia junto con el bienestar psicológico pueden haberse visto afectados durante la terapia grupal a través de las actividades de comunicación, ya que funcionan como facilitadoras del bienestar y promoción de la salud en las personas mayores, creandose así una relación entre las acciones de las personas con el significado de las experiencias

realizadas, favoreciendo una asociación entre la satisfacción emocional y cognitiva (Andonian & MacRae, 2011).

Además, la existencia de una correlación directa entre la autoeficacia y la autoestima, en la que la existencia de actividad en la vida del sujeto determina un aumento de la autoeficacia (Aguirre & Vauro, 2009), comparandolo con los resultados obtenidos comprobamos que en el grupo que recibió la terapia grupal obtuvo mayores puntuaciones (ver tabla 17).

Por otra parte Bandura (Bandura, 2012), introduce un concepto de autoeficacia en el que se apoya la investigación, relacionado con la teoría social cognitiva, en la que existe una íntima relación entre la forma de pensar y actuar con la autoeficacia que podría presentar la persona, influyendo en aspectos negativos como depresión, ansiedad etc.

Los datos relacionados con el estado de ánimo obtenidos refuerzan la idea que defiende Janke, Son y Payne, afirmando que es uno de los mejores indicadores de ajuste psicológico y satisfacción en la vida (ver figura 16), bajando niveles de estrés y síntomas depresivos (Janke, Son & Payne, 2009).

Otra investigación que obtiene resultados contrarios a los recogidos en la presente investigación en cuanto a bienestar psicológico y autoeficacia general fue la que realizaron Kawamura y Niiyama, por una parte se encuentra enfrentada con los resultados ya que la técnica individual sufrió un descenso de las puntuaciones estadísticamente significativas, tanto de la autoeficacia general (ver figura 13) como del bienestar psicológico (ver tabla 16), sin embargo es totalmente contrario en la técnica grupal donde si

se han encontrado diferencias significativas de forma positiva, obteniendo esos cambios significativos esperados en bienestar y autoeficacia.

La investigación a la que se hace referencia contaba con una muestra de 8 participantes mujeres en Japón, con el fin de verificar la influencia que se puede mostrar en cuanto al bienestar psicológico y el sentimiento de autoeficacia. Durante dos años recibieron la terapia asistida con animales dos sesiones al mes, en las que fueron capaces de interactuar con el animal centrandose en sesiones individualizadas, y obteniendo mejoras en su interés tanto por ellas mismas como hacia otros usuarios y cambios significativos en su bienestar psicológico y autoeficacia (Kawamura, Niiyama & Niiyama, 2009).

Finalmente se podría decir que en cuanto a las variables de Bienestar Psicológico y Autoeficacia General la intervención grupal obtuvo mejores puntuaciones y por lo tanto, resultó más efectiva que la intervención individual (ver tabla 16 y 17).

Sentirse bien consigo mismo y con capacidad para realizar una tarea o actividad asignada acorde a las habilidades y capacidades del usuario, íntimamente relacionado con el equilibrio entre las expectativas, esperanzas y realidades posibles para cambiar la forma en la que el individuo se encuentra percibido (Molina & Meléndez, 2006).

Además, en el estudio de Kansas City, tal y como reflejan García y González (García & González, 2000) estudiaron la relación entre la actividad y la satisfacción vital, defendiendo la existencia de una conexión

entre las dos variables asociadas a un posible estado de ánimo bajo, como ocurre en la terapia individual (ver tabla 16 y 20).

Sin embargo, ese bienestar psicológico requiere de un trabajo continuo para desarrollar ese potencial durante el crecimiento, construyendo metas u objetivos para el desarrollo completo de si mismo (Ryff & Singer, 2002).

Al igual que ocurre en la investigación y que pone de manifiesto Zimmer, Hickey y Searle (Zimmer, Hickey & Searle, 1995), promueven el uso de la terapia ocupacional como medio a la hora de participar en actividades, regulando así la satisfacción con la vida, nivel de estrés y síntomas depresivos (ver tabla 16 y 20).

De otra forma refuerza el sentimiento de realización y supone una ventaja para aquellos usuarios que se han visto influenciados de los efectos de la terapia ocupacional, ya sea en cualquiera de los dos tipos de técnicas utilizadas durante la investigación, individual o grupal (ver tabla 16).

Otras variables que pueden influenciar en el estado de ánimo son las que Janke, Son y Payne defienden que puede influenciar en los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida, ya que son indicadores de ajuste psicológico, influyentes en el estrés y lo síntomas depresivos, mismas variables que se han utilizado durante la investigación (Janke, Son y Payne, 2009).

Por otra lado, a la hora de hablar de la interacción del tratamiento frente a la variable independencia personal en el usuario y según los datos recogidos, con respecto a la Intervención Individual, se observa que la

muestra ha obtenido menor puntuación en el Post Test de Barthel que en el Pre Test Barthel, lo que nos hace pensar que la intervención individual no ha mejorado la independencia de la persona en la realización de AVD (ver tabla 18).

Estudio como el de Summers, Haley, Reveile y Alarcon (Summers, Haley, Reveille & Alarcon, 1988) defienden las posturas anteriormente mencionadas sobre el deterioro funcional puede verse comprometido y relacionado con el el deterioro o el estado psicológico, siendo un claro predictor del grado de incapacidad que muestra la persona.

Sin embargo, también podemos hablar de una posible tendencia positiva de las personas que realizaron la Intervención Grupal, obteniendo mejores puntuaciones en el Post Test de Barthel que en el Pre Test Barthel, lo que nos lleva a pensar que dicho tratamiento grupal ha resultado positivo, con una mejora importante en lo que a independencia personal en la realización de AVD (ver figura 16).

Comparándolo con los resultados obtenidos del Pre-Post del Barthel, existe una correlación positiva entre lo que defiende Rodin y Langer en una investigación, desarrollada en un centro residencial consiguiendo un aumento de la longevidad e independencia personal a través de la aceptación de un mayor número de responsabilidades, planificación de comidas, cuidado de animales y obteniendo como consecuencia un mayor sentimiento de felicidad, mayor actividad y capacidad de reacción, algo que se ha conseguido a través de la terapia grupal aumentando las puntuaciones en Barthel y disminuyendo las puntuaciones de GDS, ambos con cambios

estadísticamente significativos (ver tabla 16 y 20), lo que refuerza el objetivo perseguido por el tratamiento (Rodin, 2014).

Si se observan los cambios producidos en la intervención individual (ver tabla 16 y 20), se produjo lo contrario con una reducción tanto de la independencia personal como un aumento de los síntomas depresivos a los que se encuentra asociada como hemos visto en estudios anteriores (Petrie, Moss, Grey & Shaw, 2004).

Putnam promueve la idea de que a través de la adaptación del cambio en el entorno, no solo físicamente sino también a través de adaptaciones que usen los usuarios, como forma de potenciar la independencia personal y aumentar la calidad de vida frente a los problemas que pueden surgir durante la realización de una actividad de la vida diaria (Putnam, 2011).

Desde otra perspectiva, Herranz Aguayo defiende la continuidad en la realización de las AVD de manera normalizada refuerza un envejecimiento más saludable algo que es compartido con la investigación acerca de los usuarios que aumentaron sus puntuaciones en Barthel (ver figura 16) (Herranz, Lirio, Portal & Arias, 2013).

Al igual que el objetivo que se busca a través de la intervención, ya sea individual o grupal, se coincide con Lobet afirmando que la independencia personal puede verse influenciada a través del uso de la actividad, intencionada y con propósito, a la hora de maximizar el grado de independencia en las AVD hacia el usuario y en el caso de que no sea posible adaptar el entorno para facilitar la ejecución (Llobet, Ávila, Farrás & Lluch, 2011). En muchos de los casos intervenidos han necesitado la

implantación de adaptaciones técnicas con el fin de poder realizar la actividad de forma lo mas independiente posible.

Por otra parte, puede haberse visto influenciado el usuario por el estado de ánimo y las actividades cooperativas como impulsor de un aumento de la independencia personal como mencionabamos anteriormente en comparativa con otros estudios previos.

Oropesa Roblejo et al (Oropesa, García, Puente & Matute, 2009) defienden la implantación de terapias rehabilitadoras en la rutina diaria con distintas enfermedades o problemas de forma voluntaria, continua y progresiva, al igual que defiende Quiroz y Rangel (Quiroz & Rangel, 2013) como forma de aumentar la independencia personal dentro de una institución y estableciendo un patrón de actividades con el fin de mantenerse activo durante el mayor número de años posible, ganando calidad de vida en aquellos que se mantuvieron felices y activos, elementos primordiales defendidos por la investigación presente como forma de interacción, ya sea la intervención individual o grupal, viéndose reflejado en la revisión de las tablas generales Pre-Post de los resultados (ver tabla 16, 17, 18, 19 y 20), aunque mayormente estos cambios positivos se han producido en el tratamiento con terapia grupal frente al tratamiento con terapia individual, lo que refuerza los objetivos marcados.

Una de las posibles influencias para obtener los datos que se han recogido en cuanto a la técnica individual, con respecto a la diferencia con la técnica grupal, podría haberse debido al envejecimiento de la muestra, a consecuencia de este posible efecto del empeoramiento en el grupo, y por consiguiente apoyándose en las diferencias estadísticamente significativas

encontradas en las variables analizadas de los Post-Test, lo que desemboca en una persona con un nivel de dependencia mayor (ver figura 14), posiblemente por la influencia de la terapia, de forma secundaria por la patología o por miedo o incapacidad física a la hora de llevar a cabo la actividad, provocando a su vez también un descenso del nivel de autoeficacia general (ver figura 13), algo que defiende Olivari en sus investigación a través de las conductas de salud y su relación con la autoeficacia, y por consiguiente influyendo en la independencia de la persona directamente (Olivari & Urrea, 2007).

En cuanto a la independencia personal podemos ver como las personas que realizaron dicha intervención individual consiguieron menores puntuaciones de forma general, empeorando no solo así el estado de ánimo de la persona que se siente más deprimida y triste, sino también al no sentirse confiado y bien consigo mismo puede influir en que también descienda su independencia a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria (ver tabla 18).

Desde otro punto de vista, a la hora de comparar los resultados que se obtienen del tratamiento según el estado cognitivo y el estado de ánimo en las personas mayores se puede ver como existen datos significativos en la muestra con Intervención Individual en la que se han obtenido peores datos en el Test Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, mejores resultados en el Pre Test que en el Post Test, lo que sugiere que puede haber un aumento del deterioro cognitivo en este grupo (ver tabla 19).

Sin embargo, los usuarios que recibieron la Intervención Grupal no se muestran resultados estadísticamente significativos, por lo que podemos deducir que no se vio afectado el estado cognitivo con la intervención de

tipo grupal (ver figura 17), al igual que encontramos en el estudio de Ballester Arnal en el que a través de un programa de intervención cognitivo –conductual y después de la evaluación de cada uno de los integrantes de la muestra se llevaron a cabo diferentes actividades de tipo grupal con el fin de combatir sus pensamientos negativos hacia su enfermedad y fomentar la autoestima y el bienestar emocional, promocionando así la salud y de forma secundaria la adhesión al tratamiento.

Al igual que en la investigación de la tesis, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, no solo en grado de adquisición y mejora del estado cognitivo, con respecto al avance de la enfermedad, sino también un alto porcentaje de sentimiento de pertenencia al grupo y aumento de la autoestima en las medidas del Post-Test con respecto al Pre-Test, situación muy parecida a la que se puede encontrar en los resultados que se ven reflejados en el capítulo anterior (Ballester, 2003).

Esta mejora en algunas de las variables psicológicas (ver figura 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 16), pueden facilitar no una mejora del afrontamiento de la enfermedad o del posible avance en el tiempo de la misma, sino en el cambio positivo que esos pacientes reciben a nivel del estado emocional, niveles de ansiedad, depresión y autoestima, con una clara mejoría.

Esa evolución positiva que se ve marcada en los resultados son una forma de influir en la conducta del ser humanos a través de la experiencia, en este caso durante la intervención, lo que fuerza al individuo a encontrar la mejor manera de adaptarse a la situación cambiante con el uso de las terapias cognitivas (Fernández, 2008).

En el caso de la terapia individual, Rizo (Rizo 2006) defiende que a través de una investigación como el tratamiento individual centrado en la persona, se pueden mejorar de manera importante no solo las capacidades cognitivas, sino también la concentración y la capacidad de desenvolverse de forma autónoma o sin ayuda. Este tipo de actividades se centran en un conjunto de objetivos, marcados en relación con el paciente, las cuales ayudaron al paciente a potenciar la Autoaceptación y mejorar las variables psicológicas.

Sin embargo, se muestra lo contrario en los resultados de la intervención en la técnica individual, mostrando como anteriormente se citaba, un empeoramiento claro de las variables psicológicas a través del aumento de los síntomas depresivos, por lo que no refuerza la investigación de Rizo los datos aportados por la presente investigación.

Desde otro punto de vista, en una investigación realizada por Flórez y Gantiva (Flórez & Gantiva, 2009), se refuerza tanto la intervención individual como la intervención grupal con resultados positivos frente a variables de tipo autocontrol cognitivo y nivel de motivación. En ambos tipos de técnica, grupal e individual, se obtienen resultados estadísticamente significativos, aunque los resultados de la técnica grupal obtienen un mayor impacto y duración en el tiempo tras finalizar el periodo de intervención, siendo por lo tanto de una mayor efectividad al menos durante el tiempo de intervención sobre la muestra atendida.

Durante la técnica de intervención grupal se refleja un cambio significativo en las puntuaciones del Test GDS, las cuales fueron menores en el Post Test que en el Pre Test, lo que supone una disminución de los síntomas o signos depresivos o emocionales en la persona, encontrándose

mejor no solo anímicamente para la predisposición ante la realización de las actividades, sino también potenciando la motivación y el sentimiento de pertenencia al grupo que le impulsa a finalizar la actividad (ver figura 18).

Asimismo, durante la técnica de intervención individual, las puntuaciones en el Post Test GDS han sido mayores que en el Pre Test GDS, mostrándonos un empeoramiento de los signos o síntomas depresivos, empeorando así su estado de ánimo para enfrentarse a una actividad cualquiera (ver tabla 20). Al ocurrir todo lo contrario en comparación con la técnica grupal, se puede verificar como el sentirse integrado en el grupo y reforzado, ya sea de realizando la actividad de forma cooperativa junto con otro usuario, como realizándolo de forma conjunta con todos los demás pertenecientes al grupo, mejora el estado de ánimo, reduciendo los síntomas depresivos que obstaculizan un correcto bienestar general en la persona.

Por otro lado y dentro del mismo artículo que se acaba de mencionar, esa posible variable o condicionamiento que podrían sufrir las personas que realizaron la terapia grupal, se verían potenciadas sus capacidades y habilidades ya que su adaptación al nuevo tipo de terapia sería mayor, beneficiándose de una mejor experiencia en la interacción con sus compañeros y los diferentes tipos de actividad.

Reforzando los resultados en la intervención grupal, Andonian y MacRae, evidenciaron el impacto positivo que supondría no solo la terapia grupal, sino que esa fuera desarrollada con amigos o compañeros, lo que supondría un beneficio para las habilidades sociales o relaciones sociales con el resto de participantes, además de un aumento del bienestar positivo

al poderse apoyar en sus compañeros de confianza y reforzando a su vez la participación social entre ellos (Andonian & MacRae, 2011).

Tanto los resultados en la técnica individual como en la técnica grupal en cuanto al Test GDS, pueden haber sido influenciados por el modelo elegido para poner en práctica esas actividades basadas en el Modelo de Ocupación Dinámica en el Tiempo o (*Dynamic Occupation in Time Model* DOiT) que defiende Larson, en el que se propone un modelo continuo, basado en la íntima relación existente entre la actividad y las habilidades relacionadas con el paso del tiempo y las experiencias subjetivas (Well-being), las cuales pueden influir de manera notable en la forma de vivir la experiencia de las actividades. Sugiriendo posibles formas y estrategias de abordaje, centrándose en experiencias positivas que influyen en el estado de ánimo (Larson, 2004).

Otro dato a tener en cuenta recogido en los resultados del apartado anterior es la relación entre el Test GDS con un aumento significativo del estado de ánimo bajo o depresivo, lo que puede llevar a una intervención incorrecta por parte de los profesionales o menor número de ellos para potenciar dichas habilidades o capacidades, viéndose mermadas durante la intervención y por lo tanto posibilitando así ese aumento significativo de las puntuaciones Post-GDS en la terapia individual, algo que se encuentra acompañado de un descenso del estado cognitivo del grupo intervenido.

Otro aspecto a tener en cuenta con respecto a los resultados obtenidos a la terapia individual, en la cual que se han recogido datos estadísticamente significativos con empeoramiento de los sujetos del estudio que recibieron terapia individual, es que son contradictorios de forma generalizada en todas las tablas mostradas en el apartado de

resultados, en comparación con los resultados mostrados por el programa Montessori (Camp, 2010), esto puede deberse a que no existía el mismo número de profesionales en ambos centros, pudiendo diezmar la calidad del tratamiento ofrecido a los usuarios. Sin embargo, en la terapia grupal existen diferencias significativas con respecto a la terapia individual. Dicho método que defiende Montessori, muestra los beneficios de realizar un tratamiento individual frente al grupal, gracias a que de esta manera se pueda centrar, en este caso el terapeuta ocupacional, en trabajar y potenciar las habilidades y capacidades del individuo, que puedan estar deterioradas, o capacitar a la persona para que desarrolle sus AVD con la mayor independencia posible, algo que no se muestra de forma positiva en la intervención ya que ocurre totalmente lo contrario, produciendo un empeoramiento de todas las variables medidas durante la investigación.

Además, y seguido de las variables anteriores que se han mostrado íntimamente ligadas al estado de ánimo, un descenso de la autoeficacia general y bienestar psicológico puede provocar que al verse o notarse con un empeoramiento, las puntuaciones del Test de Barthel descendan a consecuencia de eso, tal y como se mencionan también anteriormente como favorece un aumento de la independencia personal, la disminución de esos resultados provoca el efecto a la inversa, como se pueden ver en las personas que se vieron tratadas con la terapia individual (ver figura 15 y figura 16).

En gran parte de los resultados obtenidos y mostrados en dicho apartado, de forma general se podría afirmar que la técnica individual ha obtenido en la mayoría de los Test resultados inferiores si se comparan con los obtenidos con la técnica grupal, partiendo siempre de que ambos grupos

son muy similares en cuanto a todas las variables y características de un grupo como son la edad, sexo y nivel de estudios, no viéndose influenciado previo a la intervención por alguna de esas variables, como se puede ver en la tabla Pre-MEC (ver tabla 11), en la que las diferencias entre grupos no son significativas y muestran homogeneidad.

En el caso de la intervención grupal y al igual que ocurre en la investigación de Bisquerra, una de las posibles variables que habría podido influenciar en la mejora sustancial de los usuarios que recibieron la técnica grupal es el apoyo social del grupo. Bisquerra establece una posible relación afirmando con estudios anteriores, que existe una conexión entre las personas que son más extrovertidas y felices, junto con la facilidad de establecer amistades con otras personas y conservarlas en el tiempo, lo que aumentaría el grado de aprendizaje y motivación durante las actividades grupales (Álvarez, Palacio & Alba, 2014).

Otra teoría que puede haber influenciado los resultados de la intervención tanto individual como grupal de forma general en cuanto a la implementación o inclusión de la actividad es la teoría del flujo de Csikszentmihalyi, la cual refuerza la forma en la que se enfoca el tratamiento como forma de ajustar la actividad, tanto individual como grupal, girando en torno a la búsqueda de la experiencia óptima a través de la realización de actividades, basándonos en las capacidades y habilidades que tenga, estableciendo así un equilibrio entre las posibilidades de finalización y las capacidades del sujeto para actuar (Csikszentmihalyi, 2009).

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES

Objetivo Principal

Comprobar si hay diferencias en cuanto a los efectos de la terapia ocupacional individual y grupal en las personas mayores sobre el bienestar psicológico, autoeficacia y realización de las AVD:

1. La terapia ocupacional ha producido efectos positivos con diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, siendo la técnica grupal la que ha obtenido mejores resultados con respecto a los que recibieron la técnica individual.
2. Existen por lo tanto evidencias científicas que indican que la terapia ocupacional puede provocar mejoras significativas en aquellas personas que la reciben, independientemente de su patología y tipo de muestra.
3. La técnica grupal ha conseguido mejores resultados que la técnica individual arrojando datos positivos en todas las variables descritas en la investigación, fortaleciendo el nexo de unión que existe entre las variables psicológicas, en este caso la autoeficacia general y el bienestar psicológico, con respecto a la interacción con el estado general de la persona, incluyendo la independencia personal en las actividades de la vida diaria, estado cognitivo y el estado de ánimo del usuario.

Objetivos secundario número uno: Comprobar si mejora el Bienestar Psicológico y la Autoeficacia General con el tratamiento de Terapia Ocupacional en las personas mayores:

4. Observando el Bienestar Psicológico, las personas que recibieron la terapia grupal consiguieron una mayor efectividad que las que recibieron la técnica individual ya que existen diferencias estadísticamente significativas en todas y cada una de las medias inter-sujetos o entre-grupos ($p < 0,001$) en las sub-escalas de Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida. Por otra parte, de forma generalizada en cada una de las variables medidas por el test, con respecto a la técnica individual, se han producido mayormente un descenso en las puntuaciones medias de Autoaceptación y Relaciones Positivas, produciéndose en el resto de sub-escalas cambios son muy leves en la técnica individual pero estadísticamente significativos en la técnica grupal como se pueden ver en las siguientes sub-escalas, Autonomía, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la Vida.

Aunque se analice de forma individual el bienestar, este se encuentra ligado íntimamente al resto de variables medidas en la intervención junto con el sentimiento de autoeficacia en la realización de una actividad, junto con la satisfacción con la vida pueden influenciar sobre el bienestar psicológico. Un cambio positivo o negativo en éste puede suponer una mejora o empeoramiento drástico en la muestra utilizada durante la intervención, marcando el camino hacia donde se dirigen los resultados.

5. Con respecto a la Autoeficacia General, las personas que recibieron la terapia grupal consiguieron una mayor efectividad del tratamiento que las que recibieron la terapia individual. Las pruebas inter-sujetos o entre-grupos muestran datos estadísticamente significativos en ambos grupos pero con signo opuesto ($p<0.001$), siendo mejor en la técnica grupal y empeorando en la técnica individual, algo que puede haber estado muy influenciado con el sentimiento de pertenencia al grupo y encontrarse socialmente aceptado, provoca un aumento de la percepción de autoeficacia, mostrados en la prueba intra-sujetos muy efectiva en la terapia grupal.

Objetivo Secundario número dos: Comprobar si mejora o mantiene el nivel de Independencia Personal en las personas mayores con el tratamiento de Terapia Ocupacional:

6. La Independencia Personal después de la técnica individual muestra un empeoramiento de las puntuaciones recogidas en el Test de Barthel, analizando los resultados inter-sujetos ($p=0,013$), que sugiere una pérdida importante en la autonomía personal, algo contrario a lo que sucede en la técnica grupal, con un aumento leve de las puntuaciones, consiguiendo así una mayor eficiencia en la realización de las AVD.

Al existir una íntima relación entre el entorno y las posibilidades de una mayor o menor independencia personal, cabe destacar su posible influencia en los resultados de la prueba, además del aumento del sentimiento de autoeficacia y mejora del estado de ánimo como potenciador del compromiso en la realización y finalización de la

actividad con un impacto importante y duradero en el tiempo tras el periodo de intervención.

Objetivo Secundario número tres: Comprobar si mejora o se mantiene el Estado Cognitivo y el Estado de Ánimo en las personas mayores con el tratamiento de Terapia Ocupacional:

7. Tras la intervención, el Estado Cognitivo de los usuarios se mantuvo después de la técnica grupal con respecto al inicio, mientras que por otro lado en la técnica individual se observa un empeoramiento significativo con un descenso de las puntuaciones del Test de Lobo ($p=0,008$). El estado cognitivo de los participantes ha obtenido mejores puntuaciones en el formato grupal, lo que supone una evolución interesante de los datos con respecto al mantenimiento cognitivo de la muestra independientemente de los resultados de cada uno de los tipos de técnicas utilizados.
8. Analizando los resultados del Estado de Ánimo con respecto a la técnica individual se puede ver una diferencia estadísticamente significativa con un empeoramiento de aquellos usuarios que la recibieron, al igual que se encuentra acompañado de un aumento del estado de ánimo depresivo con alteraciones de conductas o altibajos emocionales importantes. Por otro lado, la técnica grupal a diferencia de la individual, obtiene resultados estadísticamente significativos en la prueba inter-sujetos ($p=<0,001$) lo que supone una diferencia muy importante entre ambos grupos, siendo una mejora pequeña en la técnica grupal.

9. La vinculación existente entre el estado cognitivo o mental ligado al estado emocional y al bienestar psicológico de la persona hace que se observen diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de técnicas, posibilitando el funcionamiento óptimo del usuario y una respuesta positiva frente a los factores externos tanto del entorno físico como del entorno social. Sentirse seguro de sí mismo aumenta el nivel de participación en las actividades, maximizando sus capacidades y habilidades sobretodo en el uso de la terapia grupal, tal y como se han descrito en los resultados obtenidos.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 10: LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El desarrollo de este trabajo de investigación se considera las siguientes limitaciones:

1. El trabajo se realizó sobre una muestra de personas mayores de un total de 112, de las cuales pasaron los criterios de inclusión 74 pertenecientes a dos centros residenciales. Esta muestra tan reducida nos ofrece una limitación:
 - a. Sería deseable disponer de un número mayor de participantes para poder obtener más datos que puedan arrojar más luz sobre los resultados obtenidos. Un aumento de la muestra, para aportar más importancia a los datos que se han recogido en el tratamiento o realizado en otro país, ya que igual este modelo de terapia no se puede extrapolar a otra zona o no es compatible con otro modelo de muestra, lo cual corroboraría o no los resultados mostrados, pudiendo afianzar y reforzarlos las conclusiones a las que se han llegado.
2. Las diversas patologías que sufren las personas mayores pueden inclinar la balanza hacia un tipo de intervención u otro, además de dificultar extraer datos de los mismos:

- a. Sería conveniente que todos los participantes tuvieran la misma patología o similar, simplificando no solo la intervención del tratamiento sino el tipo de actividad centrada en el paciente, lo que ayudaría a mejorar notablemente su efectividad.
 - b. Encontrándonos con una población en su última etapa de la vida, surgen muchas complicaciones médicas secundarias a la pluripatología, lo que puede influir en los datos recogidos durante la investigación, además de otras posibles variables que se pueden incluir que escapan a nuestro control.
3. Respecto a los instrumentos utilizados, se podrían aumentar el número de ellos, ya que los utilizados en la presente investigación aunque son acordes a las variables que se han medido, con el fin de medir otras variables psicológicas, físicas o sociológicas, que aportasen más resultados para conocer de qué otra manera se puede implementar el tratamiento, con el fin de conseguir otros objetivos adicionales que influyan en la muestra, y por consiguiente en su bienestar.
4. La inclusión de un tercer grupo de trabajo durante el programa de intervención, con el fin de comparar los resultados que mostrasen ese grupo en el que se haría la mitad del tiempo terapia individual y la otra mitad del tiempo grupal, para corroborar los datos o cambios que se puedan producir y medir, así como los beneficios de uno u otro tratamiento según el orden en el que se impartan.

5. No existían el mismo número de profesionales en ambos centros, lo que ha podido alterar los resultados de la muestra tras la intervención.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CAPÍTULO 13: PROSPECTIVA

A la luz de los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación, se plantean futuras líneas de investigación partiendo del presente estudio:

- Profundizar en el estudio de la autoeficacia y bienestar y su influencia sobre cómo puede modificar el desarrollo de actividades partiendo de que ya sabemos que se ven modificadas estas variables pero no hasta de qué medida pueden ser incapacitantes o promotoras del inicio de una actividad. La idea de que estos resultados se puedan extrapolar o verificar con otro tipo de variables medibles que pueden influir en el resultado del tratamiento, con el objeto de que se pueda determinar la forma más correcta de intervención acorde no solo a la persona y patología sino al enfoque y abordaje del usuario, beneficiándose de un mejor tratamiento.
- Comprobar a través de una segunda intervención en base a los resultados que se han recogido en el tratamiento, para verificar si se reproducen en otras muestras de similares características para concluir de manera más precisa los beneficios que se pueden obtener usando un tipo de terapia u otra en base a las necesidades del usuario.

- Verificar si la consecución de objetivos similares son factibles en poblaciones con características distintas como jóvenes o adultos, los cuales también se podrían ver beneficiados de otros tipos de tratamientos complementarios a los que actualmente existen, o el enfoque de los mismos para la consecución de los objetivos que se quieren buscar a través de la intervención.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, J. A., Palacio, M. E., & Alba, J. G. (2014). "Yo me siento bien, tú te sientes bien" un programa flexible para la mejora del autoconcepto en el ámbito universitario. *Revista CIDUI*, 1 - 10.

Acuna Castroviejo, D., Lopez, L., Escames, G., Lopez, A., Garcia, J., & Reiter, R. (2011). Melatonin-mitochondria Interplay in Health and Disease. *Current Topics in Medicinal Chemistry*, 11 (2), 221 - 240.

Aguado, C., Martínez, J., & Onís, M. (2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depresión Scale" (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*, 26 (1), 328.

Aguirre Mas, C., & Vauro Desiderio, R. (2009). Autoestima y Autoeficacia de los Chilenos. *Ciencia & Trabajo*, 11 (32), 111-116.

Alemán Rodríguez, R., & Yera Carbonel, G. (2011). La interdisciplinariedad en ciencias médicas y la matemática. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49 (3), 490 - 498.

Anderson, W. P., Reid, C. M., & Jennings, G. L. (1992). Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. *Medical Journal of Australia*, 157, 298-301.

Andonian, L., & MacRae, A. (2011). The older adults within an urban context: strategies to create and maintain social participation. *British Journal of Occupational Therapy*, 74, 1-11.

Aramburú Fernández, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Tratamiento límite de la Personalidad . *Psicología Conductual*, 4 (1), 123 - 140.

Argimon Pallás, J. M., & Jiménez Villa, J. (1999). *Métodos de Investigación. Clínica y Epidemiología. Segunda Edición*. Barcelona: Ediciones Harcourt.

Arias, D. G. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*, 13 (2), 1-6.

Association, A. O. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 3rd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1 - 48.

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 29, 183-190.

Baessler, J., & Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la Autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.

Baldelli, M. V., Boiardi, R., Ferrari, P., Bianchi, S., & Hunscott Bianchi, M. (2007). Dementia and occupational therapy. *Archives og Gerontology and Geriatrics*, 44, 45 - 48.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.

Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesseload, J. R. (1981). *Métodos de investigación en psicología evolutiva*. Madrid: Morata.

Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. *Journal of Management*, 38 (1), 9 - 44.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social-cognitive theory*. Englewood Cliffs: Printe-Hall.

Beck, A. M. (1997). *La relación de las personas mayores: compañía, salud y calidad de vida*. Barcelona: Fundación Purina.

Belsky, J. K. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.

Belsky, J. K. (1996). *Psicología del Envejecimiento (2da. Ed.). Versión española*. Barcelona: Masson.

Bengtson, V., Reedy, M., Gordon, C., & Birren, J. (1985). *Aging and self-conceptions: Personality processes and social context*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.

Benyamini, Y., & Lomranz, J. (2004). The relationship of activity restriction and replacement with depressive symptoms among older adults. *Psychology of Aging*, 19, 362-366.

Bermejo Garcia, L. (2010). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores, Guía de las buenas prácticas (2da. Ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.

Berrueta Maeztu, L., Ojer Ibiricu, M. J., & Trébol Urra, A. (2009). Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. *Revista TOG*, 6 (4), 215 - 258.

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (1977). *Handbook of Psychology of aging (1ªEd.)*. New York: Van Nostard Reinhold.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Ciss-Praxis.

Brodaty, H., Altendorf, A., Withall, A., & Sachdev, P. (2010). Do people become more apathetic as they grow older? A longitudinal study in healthy individuals. *Cambridge Univ Press*, 22 (3), 426 - 436.

Buendia, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Calenti, M. (2010). *Gerontología y Geriatría*. Madrid: Médica Panamericana.

Cambiaggi, V. L., & Zuccolilli, G. O. (2011). El envejecimiento del sistema nervioso. *Revista Ciencias Morfológicas*, 13 (1), 15 - 28.

Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Nonpharmacol Ther Dement*, 1 (2), 163 - 174.

Christiansen, C., & Haertl, K. (1993). A Contextual History of Occupational Therapy. En B. A. Schell, G. Gillen, M. Scaffa, & E. S. Cohn, *Willard and Spackman's occupational therapy* (págs. 9-35). Baltimore: Wolters Kluwer.

Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. (Rev. Esp.). *Salud Pública*, 71, 127-137.

Comfort, A. (1979). *The biology of senescence*. New York: Elsevier.

Cos Blanco, A. (2007). La multidisciplinariedad en los servicios de prevención. Detección y prevención de las enfermedades profesionales. *La Mutua* (18), 157 - 170.

Cowdry, E. (1952). *Problems of Aging*. St. Louis: Wilkins Company.

Csikszentmihalyi, M. (2009). *Aprender a fluir* (A. Colodrón, Trans. 6ª Ed.). Barcelona: Editorial Kairós.

Csikszentmihalyi, M. (2011). *Fluir. Una Psicología de la felicidad*. Barcelona: Editorial Kairós.

Cummings, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Book.

Declós, J., García, S., López, J. C., Sampere, M., Serra, C., Plana, M., y otros. (2010). Ducarion de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Archivos Prevención Riesgos Laborales*, 13 (4), 180 - 187.

Del Riego, S. S. (2005). Terapia ocupacional del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación. *Elsevier*, 39 (4), 179 - 184.

Díaz Morales, J. F., Toboso Martín, M., Dávila de León, C., Escribano Barreno, C., & Delgado Prieto, P. (2008). Bienestar, orientación temporal y estrategias de control en personas mayores: un estudio exploratorio. *Revista de Psicología UCA*, 4 (8), 79-95.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y otros. (2006). Adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.

Dulce-Ruiz, E. (2002). Psicología del Ciclo Vital: Hacia una visión compensativa de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.

Durante Molina, P., & Pedro Tarrés, P. (2010). *Terapia Ocupacional en geriatría. Tercera Edición*. Barcelona: Masson.

Durante Molina, P., & Pedro Tarrés, P. (1998). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica (2ª Ed.)*. Barcelona: Elsevier Masson.

Edward, L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (6), 1024-1037.

Esposito, L., McCune, S., Griffin, J., & Maholmes, V. (2011). Directions in Human-Animal Interaction Research: Child Development, Health, and Therapeutic Interventions. *Child Development Perspectives*, 5 (3), 205 - 211.

Feldberg, C., & Stefani, D. (2007). Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal y su influencia en la participación social de las personas de edad. *Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia*, 23 (2), 282-288.

Ferández-Ballesteros, R., Izal, M., Díaz, P., & González, J. L. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández Larrea, N., Clúa Calderín, A. M., Báez Dueñas, R. M., Ramírez Rodríguez, M., & Prieto Díaz, V. (2000). Estilos de vida, bienestar

subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina Gen. Integr.*, 16 (1), 6-12.

Fernández Sánchez, J. (1993). Desarrollo y envejecimiento: la doble realidad de todo proceso vital. *Investigaciones Psicológicas*, 12, 15-29.

Fernández-Ballesteros, R. (1982). *Evaluación de contextos*. Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Grupo Anaya.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Flaherty, M. G. (1993). Conceptualizing variation in the experience of time. *Social Psychology Quarterly* (54), 76 - 78.

Flórez Alarcón, L., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). Terapias motivacionales breves: diferencias entre la aplicación individual y grupal para la moderación del consumo de alcohol y de las variables psicológicas asociadas al cambio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (1), 13 - 26.

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., & Fanjiang, G. (1975). "Mini-Mental State" a practical method for gradind the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Researches*, 12, 189-198.

Franco Módenes, P., & Saánchez Cabaco, A. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación* (10), 369 - 383.

García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., y otros. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* (73), 32 - 41.

García-Viniegras, V., & González Benítez, I. (2000). La categoría Bienestar Psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Gen. Integr.*, 16 (6), 586-592.

Gempeler, J. (2008). Terapia conductual diléctica. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 37 (1), 136 - 148.

González Sandoval, S., & Vilchis Martínez, L. U. (2013). *Padecimientos mas frecuentes que condicionan discapacidad en pacientes adultos mayores que acuden al centro de rehabilitación e integración social de Cuautitlán Izcalli en el año 2011*. México: Medicina-Química.

González, V., & Extremera, N. (2010). Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. *Personality and Individual Differences*, 49, 124-129.

Gupta, S., & Cummings, L. (1986). Percieved speed of time and task affect. *Percept Mot Skills*, 63, 971-980.

Harlow, R. E., & Cantor, N. (1996). Still participating after all these years: a study of life task participation in later life. *Journal of Personality and Social Psychology* , 71, 1235-1249.

Hermida, P., & Stefani, D. (2012). La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas en Psicología*, 8 (2), 101 - 107.

Hernández Zamora, Z. E., Ehrenzweig Sánchez, Y., & Manuel Navarro, A. (2010). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la Personalidad Resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 13-28.

Herranz Aguayo, I., Lirio Castro, J., Portal Martínez, E., & Arias Fernández, E. (2013). La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores. *Escritos de Psicología*, 6 (2), 13-19.

Holmila, M., Beccaria, F., Ibanga, A., Graham, K., Hettige, S., Magri, R., y otros. (2014). Gender, alcohol and intimate partner violence: Qualitative comparative study. *National Institute for Health and Welfare, Alcohol Drugs and Addiction*, 21 (5), 398 - 407.

Irwin, D. J., Toledo, J. B., Leverenz, J. B., Rofinson, J. L., Montine, T. J., Trojanowski, J. Q., y otros. (2012). Neuropathologic substrates of Parkinson disease dementia. *Annals of Neurology*, 72 (4), 587 - 598.

Janke, M. C., Son, J. S., & Payne, L. L. (2009). Self Regulation and Adaptation of Leisure Activities Among Adults with Arthritis. *Activities, Adaptation and Aging*, 33 (2), 65 - 80.

Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. *PMCID*, 1 (2), 72 - 74.

Johannes, J., & Schroots, F. (1996). Theoretical Developments in the Psychology of Aging. *The Gerontologist*, 36 (6), 742 - 748.

Johnson, H. A., & Erner, S. (1972). Neuron Survival in the Aging Mouse. *Experimental Gerontology*, 7 (2), 111 - 117.

Junque, C., & Jódar, M. (1990). Velocidad del procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *Ann Psychol*, 6 (2), 199-207.

Katz, S. (1996). *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia.

Kawamura, N., Niiyama, M., & Niiyama, H. (2009). Animal-Assisted Activity. Experiences of Institutionalized Japanese Older Adult. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47 (1), 41 - 47.

Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2007). Respecting both the "occupation" and the "therapy" in our field. *Am J Occup Ther*, 61 (4), 479-482.

King, A. C., & Guralnik, J. M. (2010). Maximizing the potential of an aging population through shaping an active and vital old age. *JAMA*, 304, 1944-1945.

Kneebone, I., Baker, J., & O'Malley, H. (2012). Screening for Depression after Stroke: Developing Protocols for the Occupational Therapist. *The British Journal of Occupational Therapy*, 73, 71 - 76.

Kronenberg, F., Simó Algado, S., & Pollard, N. (2007). *Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo el espíritu de supervivientes*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Kruger, K., & Serpell, J. (2006). Animal-Assisted Interventions in Mental Health: Definitions and Theoretical Foundations. En A. H. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theroretical Foundations and Guidelines for Practice 2e*. (págs. 21 - 38). San Diego, California: Academic Press.

Larson, E. A. (2004). The Time of our lives: the experience of temporality in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 71 (1), 24-35.

Larson, E., & Von Eye, A. (2010). Beyond flow: temporality and participation in everyday activities. *American Journal of Occupational Therapy*, 64 (1), 152-163.

Le Roux, N. C., & Kemp, R. (2009). Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. *Psychogeriatrics*, 9, 23-26.

Lehr, U. (2002). Procesos de envejecimiento - la necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 29-39.

Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27 (4), 511 - 523.

Lledó Carreres, A., Perandones González, T. M., Lorenzo Lledó, G., Herrera Torres, L., Lledó Boyer, A., Fernández López, F. J., y otros. (2013). Relación entre el cansancio emocional de los estudiantes universitarios con su autoestima y satisfacción con los estudios . *XI Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria* (págs. 1573 - 1584). Alicante : Universidad de Alicante .

Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farrás Farrás, J., & Lluch Canut, M. T. (2011). Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19 (3), 467 - 475.

Lobo, A., Saz, P., & Marcos, G. (2002). *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA.

Longino, C. F., & Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37 (6), 713-722.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

Manrique Gálvez, E., Chia Silva, N., & Valdez Peralta, J. (2005). Género, Ansiedad social, Autoeficacia General y Autoeficacia en Situaciones Sociales. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6 (1), 43-54.

Mapa de Trabajo Social de Málaga, P. y. (2012). *Observatorio Municipal para la Inclusión Social*. Recuperado el 2012, de http://derechossociales.malaga.eu/portal/seccion_008

Martin, M., & Doswell, S. (2012). Mindfulness and older people: a small study. *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (1), 36-41.

Martínez Rodríguez, T. (2010). *Centros de Atención Diurna para personas mayores*. Madrid: Médica Panamericana.

Masjuan, J., Álvarez-Sabín, J., Arenillas, J., Calleja, S., Castillo, J., Dávalos, A., y otros. (2011). Stroke health care plan (ICTUS II. 2010). *Neurología (English edition)*, 26 (7), 383 - 396.

Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte II). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 41 (2), 125-137.

Miquel, J., & Fleming, J. E. (1984). A two-step hypothesis on the mechanism of in vitro cell aging cell differentiation followed by intrinsic mitochondrial mutagenesis. *Exp. Gerontol.*, 19, 31-36.

Molina, C. J., & Meléndez, J. C. (2006). Bienestar psicológico en envejecimiento de la Republica Dominicana. *Geriátrika*, 22 (3), 97-105.

Montes-Rojas, J., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Silva-Pereira, J. F., Garcia-Ramos, G., & Del rio-Portilla, Y. (2012). Perfil cognoscitivo de adultos mayores de 60 años con y sin deterioro cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 7 (3), 121 - 126.

Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Rev. Trab. Soc.*, 4, 187-198.

Moruno Miralles, P. (2003). Tema 1. Análisis histórico del origen y evolución conceptual y de la práctica de la terapia ocupacional. En D. M. Romero Ayuso, & P. Moruno Miralles, *Terapia ocupacional: teoría y técnicas* (págs. 2 - 48). Barcelona: Elsevier.

Munne, F. (1995). ¿Dinámica de grupos o Actividad del grupo? *Boletín de Psicología*, 9, 29-48.

Muñoz Tortosa, J. (2002). *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Grupo Anaya.

Navarro, A. B., & Bueno, B. (2005). Efectos del sexo, nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores. *Revista Especial Geriatria y Gerontología*, 40 (1), 34-43.

Neugarten, B. L. (1980). *Personality in Middle and Late Life*. New York: Arnold Press.

Olivari Medina, C., & Urrea Medina, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, 13 (1), 9-15.

Oropesa Roblejo, P., García Wilson, I., Puente Saní, V., & Matute Gaínza, Y. (2009). Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. *Medisan*, 13 (6), 09.

Ortiz, J. B., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 25-31.

Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wahl, H.-W. (2011). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51 (2), 238 - 250.

Pérez Ortiz, L. (2006). *La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer*. Madrid: IMSERSO.

Petrie, K. J., Moss Morris, R., Grey, C., & Shaw, M. (2004). The relationship of negative affect and perceived sensitivity to symptom

reporting following vaccination. *British Journal of Health Psychology*, 9 (1), 101-111.

Polonio López, B. (2000). Terapia Ocupacional en la patología psiquiátrica del anciano. *Monografías de Geriatría y Getontología*, 2 (3), 259-282.

Prieto Flores, M. E., Fernández Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., Lardiés Bosque, R., Rodríguez Rodríguez, V., Ahmed Mohamed, K., y otros. (2008). Factores Sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, 82, 301-313.

Putnam, M. (2011). Perceptions of difference between aging and disability service systems consumers: implications for policy initiatives to rebalance long-term care. *Journal of gerontological social work*, 54 (3), 325 - 342.

Quiroz, C. O., & Rangel, A. L. (2013). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud*, 19 (2), 289 - 293.

Reid, D. (2011). Mindfulness and flow in occupational engagement: presence in doing. *Am J Occup Ther*, 78 (1), 50-56.

Rizo, M. (2006). George Simmel, Sociabilidad e Interacción. Aportes a la ciencia de la comunicación. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, 27, 266-283.

Roberts, B. W. (2007). Contextualizing personality psychology. *Journal of Personality*, 75 (6), 1071-1082.

Rodin, J. (2014). Health, control and aging. En M. M. Baltes, *Psychology Revivals: The psychology of control and aging* (págs. 139 - 165). New York: Psychology Press.

Romero Ayuso, D. (2007). Historia de la Terapia Ocupacional en España. En P. Moruno Miralles, & M. Talavera Valverde, *Monográfico 1. Terapia Ocupacional: Una perspectiva histórica. 90 años después de su creación* (págs. 240 - 262). A Coruña: APGTO.

Romero Carrasco, A. E., García-Mas, A., & Brustad, R. J. (2009). Estado del arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 335-347.

Rosa Rodríguez, Y., & Quiñones Berrios, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios . *Revista Griot*, 5 (1), 7 - 17.

Rubio Ortega, C., & Sanz Valer, P. (2009). De la ocupación y su significado. Un viaje a los orígenes de la Terapia Ocupacional. *Revista TOG*, 6 (10), 1 - 9.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1981.

Ryff, C. D., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2002). Best news yet on the six factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.

Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicothema*, 12 (2), 509-513.

Sansinenea, E., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., Larrañaga, M., Ortiz, G., Valencia, J. F., y otros. (2008). Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales: ¿Cual es su aportación al bienestar? *Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia*, 24 (1), 121-128.

Schmidt, V., Leibovich de Figueroa, N., & Giménez, M. (2014). Estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento para la evaluación de la satisfacción vital global. *Calidad de Vida y Salud*, 7 (2), 54-67.

Serdio Sánchez, C. (2008). La educación en la vejez: fundamentos y restos del futuro. *Rev. Educ.*, 346, 467-483.

Shankar, S. R. (2010). Biology of Aging. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 53 (4), 595 - 604.

Shaw, B. A., Liang, J., & Krause, N. (2012). Age and race differences in the trajectories of self-esteem. *Psychology and Aging*, 25 (1), 84 - 94.

Summers, M., Haley, E., Reveille, J., & Alarcon, G. (1988). Radiographic assesment and psychologic variables as predictors of plan and unfctional impairment in osteoarthritis of the knee or hip. *Arthritis & Rheumatology*, 31 (2), 204 - 209.

Szilard, L. (1959). On the nature of the aging process. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* , 45, 30-45.

Terry, M., & Westcott, L. (2012). Are Occupational therapists in acute general hospital addressing psychological wellbeing? *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (6), 296-298.

Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183-225.

Tous, J. M., & Navarro, J. (1997). Las diferencias individuales en el proceso de envejecimiento humano. *Anuario de Psicología*, 73, 105-118.

Turiano, N. A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C. D., & Mroczek, D. K. (2011). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: Findings from a national study of Americans (MIDUS). *Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America*.

Veenhoven, R. (1991). *Happiness as an aim in public policy. The greatest happiness principle*. In A. Linley & S. Joseph (Eds.). New Jersey: John Wiley and Sons.

Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 35-47.

Volkers, K. M., & Scherder, E. J. (2011). Impoverished environment, cognition, aging and dementia. *Reviews in the Neurosciences*, 22 (3), 259 - 266.

Wachelke, J., & Contarello, A. (2010). Social representations on aging: Structural differences concerning age group and cultural context. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (3).

Walford, R. L. (2006). The Immunologic Theory of Aging. *Immunological Reviews*, 2 (1), 171.

Wells, D. (2007). Domestic dogs and human health. *British Journal of Health Psychology* .

Willard, & Spackman. (2005). *Terapia Ocupacional 10ª Edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Yin, D., & K., C. (2005). *The essential mechanisms of aging: Irreparable damage accumulation of biochemical side-reactions*. Elsevier.

Zimmer, Z., Hickey, T., & Searle, M. S. (1995). Activity participation and well-being among older people with arthritis. *The Gerontologist*, 35, 463-471.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

V. ANEXOS

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo 1)

Título del Estudio: Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la Autoeficacia y Bienestar.

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

Justificación y Objetivos del Estudio: Comprobar si existen diferencias entre las personas mayores tras recibir terapia ocupacional individual o grupal.

Diseño y métodos del Estudio: Estudio de intervención de tipo experimental aleatorio pre-post, de carácter inferencial dividido en dos grupos según tipo de tratamiento, grupal e individual, en una muestra de 74 usuarios (dos grupos de 37 usuarios) de entre 70 y 95 años representativa de la población de Málaga. Se recabará información de los participantes para poder cumplimentar los siguientes test: Test de Barthel, Test de Bienestar Psicológico de Ryff, Test de Autoeficacia General, Test de Depresión Geriátrica y Test de Mini examen cognoscitivo de Lobo.

Privacidad y Confidencialidad: Siguiendo la normativa vigente en cuanto a privacidad y confidencialidad de los datos de todos los participantes del estudio, serán protegidos y guardados tanto los test como el consentimiento informado y los resultados totalmente anónimos. Serán almacenados y dirigidos tanto por los tutores como del profesional que lleva a cabo la intervención durante el tiempo que dure la tesis por si es necesario recuperar algún tipo de información que se pueda extraer con el fin de promover la investigación en dicho campo.

Aspectos éticos: Este estudio de investigación clínica se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica, especialmente la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Este proyecto cuenta además con la conformidad del Comité de Ético de la Universidad de Málaga, Escuela de Ciencias de la Salud de Málaga.

Yo: _____
DNI/Pasaporte: _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el Dr./Investigador: **Abel Toledano González.**

Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

- Que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), por la que debe garantizarse la confidencialidad de los mismos.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
- Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Entiendo que puedo abandonar el estudio y retirar mi consentimiento:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados sanitarios

Por ello presto libremente mi conformidad para participar en este proyecto de INVESTIGACIÓN sobre *Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividad en relación con la Autoeficacia y Bienestar*, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador: Abel Toledano González

DNI: 45 303 466 K

Institución/Servicio en el que se realiza el estudio: Doctorado UMA Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de contacto: C/ Ronda Solvillas, 15, Fuengirola, Málaga.

Firma:

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, de 39 ítems (Anexo 2)

Instrucciones: evaluación tipo Likert de 6 puntos marcando con una X en las columnas de la derecha siendo:

1 Muy desacuerdo, 2 Bastante desacuerdo, 3 Desacuerdo, 4 De acuerdo, 5 Bastante de acuerdo y 6 Muy De acuerdo.

	1	2	3	4	5	6
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7. En general, me siento seguro y positivo de mí mismo						
8. No tengo muchas personas que quieren escucharme cuando necesito hablar						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que a otra gente piensa de mí						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
13. Si tuviera la oportunidad, hay mucha cosas de mí mismo que cambiaría						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29. no tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace mucho tiempo que deje de intentar de hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y de la vida que llevo						
32. SE que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33. A menudo cambio de decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo						
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						

Escala de Autoeficacia Generalizada (EAG) de Schwarzer y Jerusalem (1995), adaptación versión al castellano por Baessler y Schwarzer (1996) (Anexo 3)

Instrucciones: Lea atentamente cada afirmación y a continuación marque la opción de respuesta que refleje mejor lo que usted piensa colocando una X en la casilla correspondiente siendo:

1 Muy desacuerdo, 2 Desacuerdo, 3 De acuerdo y 4 Muy de acuerdo.

Afirmaciones	1	2	3	4
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga				
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para enfrentarlas				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer				
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

Escala de Barthel (Anexo 4)

Instrucciones: Cumplimentar el test con las puntuaciones que se muestren en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.


Comida		
	10	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, entender la mantequilla... pero es capaz de comer solo.
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal.
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.

Análisis de las personas mayores de la provincia de Málaga. Tipos de actividades en relación con la autoeficacia y bienestar.

Ir al retrete					
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de la otra persona.				
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.				
0	Dependiente. Incapaz de acceder a el o de utilizarlo sin ayuda mayor.				
Transferencias					
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.				
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.				
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.				
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.				
Deambulación					
15	Independiente. Puede andar 50 metro o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utilizar una prótesis puede ponérsela o quitársela solo.				
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.				
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.				
0	Dependiente.				
Subir y bajar escaleras					
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.				
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.				
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.				
La incapacidad funcional se valora como:	Severa: < 45	Grave: 45 - 59	Moderada: 60 - 90	Ligera: 90 - 100	Puntuación Total:

Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (Anexo 5)

Instrucciones: Cumplimentar el test con las puntuaciones que se muestren en la realización del mismo evaluando las características cognitivas del paciente.

ORIENTACIÓN				PUNTOS	
Dígame el día de la semana, número del día, mes, estación y año				(0 a 5)	
Dígame nombre de la residencia, planta en la que estamos, ciudad, provincia y país				(0 a 5)	
FIJACION					
Repita y memorice estas 3 palabras (Peseta, caballo y manzana)				(0 a 3)	
CONCENTRACION Y CALCULO					
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres ¿cuántas le va quedando?				(0 a 5)	
Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás.				(0 a 3)	
MEMORIA					
¿Recuerda las tres palabras de antes?				(0 a 3)	
LENGUAJE Y CONSTRUCCION					
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj				(0 a 2)	
Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros”				(0 a 1)	
Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿qué son el rojo y el verde? ¿y el perro y el gato?				(0 a 2)	
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa				(0 a 3)	
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS				(0 a 1)	
Escriba una frase completa				(0 a 1)	
Copie este dibujo				(0 a 1)	
					
>=30 Normal	29-24 Discreto Déficit	24 Borderline	23-19 Det. Cog. Leve	18-14 Det. Cog. Moderado	<14 Det. Cog. Grave

Escala de Depresión Geriátrica (GDS – 15) (Anexo 6)

Instrucciones: Complimentar el test con las puntuaciones que se muestran a través de las siguientes preguntas al usuario.

	Si	No
¿En general, está satisfecho con su vida?	0	1
¿Has abandonado mucho sus tareas habituales y aficiones?	1	0
¿Sientes que su vida está vacía ?	1	0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
¿Prefiere Ud. quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Crees que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
¿Actualmente se siente un/una inútil?	1	0
¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
¿Se siente sin energías en estos momentos?	1	0
¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
Calificación:		
0 - 5 Normal	6 – 9 D. Leve	+10 D. Establecida